



BANCA D'ITALIA
EUROSISTEMA

Questioni di Economia e Finanza

(Occasional papers)

Domanda e offerta di servizi ospedalieri.
Tendenze internazionali

di Giovanni Iuzzolino

Settembre 2008

numero

27

La serie Questioni di economia e finanza ha la finalità di presentare studi e documentazione su aspetti rilevanti per i compiti istituzionali della Banca d'Italia e dell'Eurosistema. Le Questioni di economia e finanza si affiancano ai Temi di discussione volti a fornire contributi originali per la ricerca economica.

La serie comprende lavori realizzati all'interno della Banca, talvolta in collaborazione con l'Eurosistema o con altre Istituzioni. I lavori pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare la responsabilità delle Istituzioni di appartenenza.

La serie è disponibile online sul sito www.bancaditalia.it.

DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI OSPEDALIERI. TENDENZE INTERNAZIONALI

di Giovanni Iuzzolino*

Sommario

Il lavoro descrive le tendenze internazionali della domanda, l'offerta e il costo dei servizi ospedalieri nell'ultimo quarto di secolo. In quasi tutti i paesi, compresa l'Italia, si rileva un consistente ridimensionamento delle giornate di degenza, con un forte diffusione del *day-hospital*, e una sensibile riduzione di posti letto e strutture ospedaliere. Tali tendenze sono state favorite dalle riforme nei sistemi di pagamento, in particolare dal passaggio da un meccanismo di rimborsi basato sulle giornate di degenza ad uno basato sul numero e la tipologia dei ricoveri.

Nel confronto internazionale, le strutture ospedaliere pubbliche italiane presentano una maggiore frequenza di ospedali di piccole dimensioni, probabilmente a causa della debolezza dell'assistenza territoriale e di una squilibrata "divisione del lavoro" tra servizi di ricovero e livello "*outpatient*" dell'assistenza medica. Ciò si riflette sui costi unitari dei ricoveri e sull'incidenza della componente ospedaliera sulla spesa sanitaria, superiori alla media OCSE. Il maggior costo delle prestazioni ospedaliere si associa anche alla peculiare composizione del personale, che appare sbilanciata verso la componente medica, specialmente negli ospedali di ridotta dimensione.

Classificazioni JEL: H44, I10

Parole chiave: servizi ospedalieri, spesa sanitaria

Indice

1. Introduzione e principali conclusioni	3
2. Le tendenze internazionali nell'utilizzo dei servizi ospedalieri.....	4
3. La riorganizzazione dell'offerta	7
4. Le risorse umane e tecnologiche.....	16
5. Le tendenze internazionali nella spesa per servizi ospedalieri	20
Tavole Statistiche	27
Bibliografia	38

* Banca d'Italia. L'autore ringrazia Paolo Sestito per i preziosi commenti, restando peraltro il solo responsabile delle opinioni espresse nel testo.

1. Introduzione e principali conclusioni

La spesa ospedaliera continua ad essere parte prevalente della spesa sanitaria. Tale preminenza permane nonostante i progressi nella farmaceutica, nell'attività diagnostica e nelle tecnologie mediche che hanno consentito sensibili riduzioni dei posti letto e dei giorni di degenza, favorite anche dal passaggio a meccanismi di tariffazione dei servizi ospedalieri basati su misure standardizzate dei servizi (le cosiddette DRG) e da riforme nella governance fondate sulla separazione tra acquisto e fornitura delle prestazioni.

Il presente lavoro intende offrire una ricognizione descrittiva di tali tendenze a livello internazionale. Pur con tutte le cautele necessarie in una simile comparazione - resa possibile dai dati messi a disposizione da istituzioni come l'OCSE o la World Health Organization - il lavoro evidenzia similitudini e peculiarità del caso italiano.

Dal primo punto di vista si può rilevare come l'Italia abbia seguito le tendenze internazionali al ridimensionamento del consumo di servizi ospedalieri (le giornate medie e complessive di degenza) e di riduzione e ristrutturazione dell'offerta di servizi ospedalieri (posti letto e numero di strutture ospedaliere). Anche a causa di un più elevato dato di partenza, la riduzione delle degenze, della loro durata media e dei posti letto è stata anzi più intensa che nella media dei paesi OCSE.

Anche per quanto riguarda l'evoluzione dei sistemi di pagamento degli ospedali, il nostro paese si è inserito nella generalizzata tendenza verso l'adozione di sistemi di rimborso a prestazione. Nel panorama internazionale il sistema nazionale italiano di classificazione e tariffazione delle patologie appare però poco rappresentativo della varietà di situazioni concrete e soggetto ad un rischio di obsolescenza, il che ha nei fatti favorito una marcata e non sempre trasparente differenziazione tra regioni dei sistemi tariffari poi concretamente applicati.

Con riferimento ai costi della *inpatient-care*¹ il dato italiano è allineato alla media OCSE in termini di spesa pro-capite, ma è significativamente superiore ad essa per quanto riguarda la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria. Valutando la sola componente ospedaliera della *inpatient-care*, questa appare inoltre superiore alla media degli altri paesi in rapporto ai posti letto, al numero di ricoveri, alle giornate di degenza o alle prestazioni chirurgiche effettuate.

¹ La *inpatient-care* comprende tutti i servizi sanitari corrisposti in regime di degenza, indipendentemente dal fatto che l'ente erogatore dei servizi sia un ospedale o un'altra struttura di ricovero. Secondo i dati stimati per un campione di 11 paesi (OCSE 2004) la quota di spesa per *inpatient-care* svolta negli ospedali è molto rilevante, tra l'80 e il 100 per cento in 8 paesi e di circa il 60 per cento negli altri 3.

Questa realtà, da valutare peraltro con tutta la cautela che deriva dalle difficoltà di comparazione dei dati utilizzati, sembra in parte correlata con il minore sviluppo nel nostro sistema sanitario di forme di assistenza (domiciliare e residenziale) alternative e meno costose rispetto a quella ospedaliera. L'assenza di un forte segmento di assistenza territoriale, oltre a far crescere l'incidenza complessiva del costo della *inpatient-care*, può aver reso necessaria una maggiore capillarità della presenza ospedaliera, frenandone il processo di ristrutturazione volto al conseguimento di maggiori economie di scala, attraverso la riduzione del numero di piccoli ospedali. Nel confronto internazionale l' "offerta" italiana di strutture ospedaliere è in effetti caratterizzata da una maggiore frammentazione, con una più contenuta dimensione media degli ospedali pubblici. Un ulteriore elemento che può contribuire a spiegare il maggior costo delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero nel nostro paese, riguarda la peculiare composizione del personale ospedaliero, particolarmente sbilanciata verso la componente medica. Sovrarappresentazione della componente medica e dei piccoli ospedali tra loro si riconnettono, perchè la natura ospedaliera, e spesso indifferenziata come tipologia di servizi garantiti, della piccole strutture esistenti in Italia richiede comunque la presenza d'un nutrito presidio medico al loro interno.

2. Le tendenze internazionali nell'utilizzo dei servizi ospedalieri

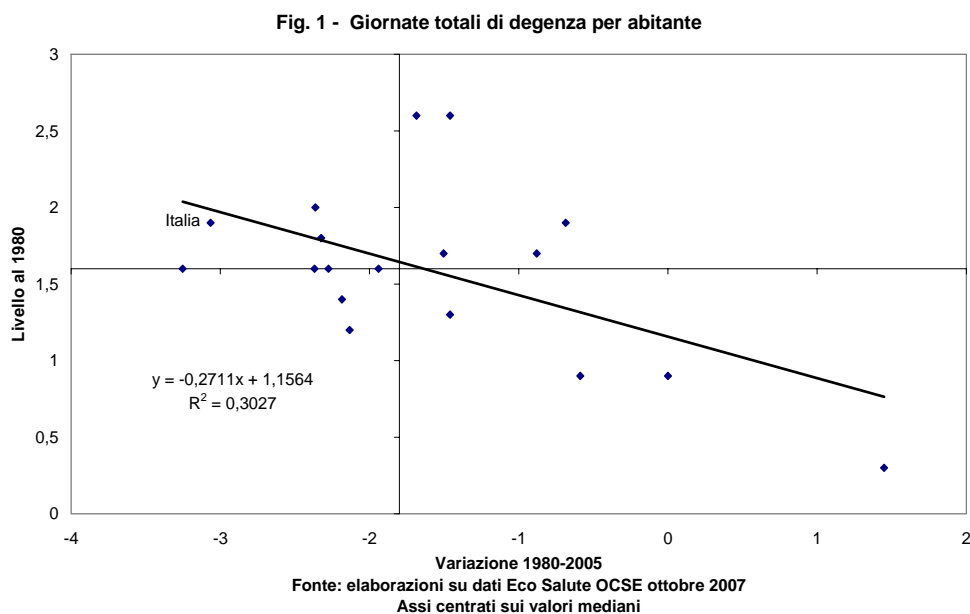
La più vistosa tra le tendenze da tempo in atto in quasi tutti i sistemi ospedalieri riguarda la forte riduzione nell'utilizzo della *inpatient care*: con riferimento a quindici paesi per i quali sono disponibili dati di lungo periodo², il numero complessivo delle degenze in ospedale per ricoveri acuti è infatti calato di quasi 270 milioni di giornate tra il 1980 e il 2005. In rapporto alla consistenza iniziale, la riduzione ha accelerato negli anni più recenti, passando dal -1,3 per cento in media all'anno, tra il 1980 e il 1992, al -2,0 per cento tra il 1992 e il 2005³. In rapporto al numero di abitanti, i giorni di degenza per acuti, sono passati da 1,5 nel 1980 a 1,1 nel 1995 ed a 0,8 nel 2005 (tav. a1).

Il calo ha riguardato quasi tutti i paesi seppure con intensità differente e positivamente correlata al valore iniziale dell'indicatore, con un effetto quindi di riduzione dei divari internazionali (fig.1). In Italia la riduzione è stata più marcata della media (da 1,9 giornate di degenza per abitante nel 1980 a 0,9 nel 2005), soprattutto perché più elevato era il livello iniziale. In rapporto alla mediana OCSE si è peraltro passati da un valore superiore del 19 per cento ad uno inferiore del 5 per cento.

² Si tratta di: Australia, Austria, Belgio, Canada, Francia, Irlanda, Italia, Norvegia, Olanda, Polonia, Regno Unito, Repubblica Ceca, Stati Uniti, Svizzera e Ungheria.

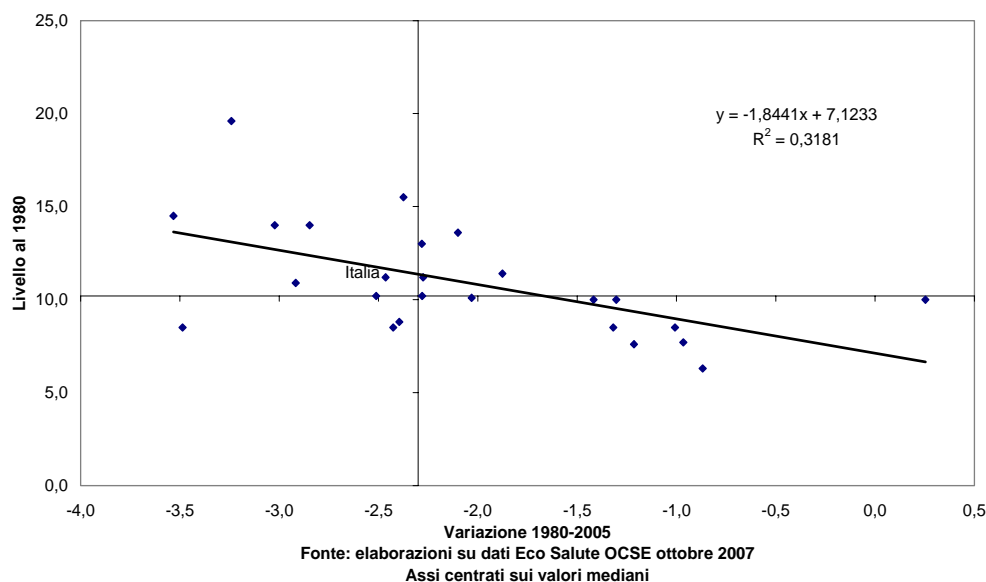
³ In quest'ultimo periodo il decremento risulta di entità analoga (-1,9 per cento), anche considerando un maggior numero di paesi e in particolare includendo i dati di Finlandia, Germania, Giappone, Messico, Portogallo, Spagna e Turchia.

La riduzione delle giornate di degenza è spiegata prevalentemente dal considerevole calo dei tempi di ospedalizzazione: all'interno dei paesi OCSE, il valore mediano della durata dei ricoveri è passato da 14,4 a 8,1 giorni (da 10,2 a 6,5 giorni per i soli ricoveri acuti; tav. a2). E' da notare che ciò è accaduto nonostante la contemporanea riduzione del numero di ricoveri di durata minima, dovuta alla diffusione della pratica del day-hospital (tav. 1)⁴. Soprattutto negli anni novanta, il fenomeno può essere ricondotto ad alcune innovazioni nei sistemi di pagamento degli ospedali - in particolare il passaggio da un sistema di rimborsi basato sulle giornate di degenza ad uno basato sul numero e la tipologia dei casi trattati (cfr. riquadro 1) - che hanno spinto a ridurre la durata dei ricoveri. Anche in questo caso i diversi ritmi che il calo ha mostrato fra i vari paesi, è in parte spiegato da una tendenziale "regressione" verso il dato medio (fig. 2). In Italia la durata dei ricoveri è diminuita a un tasso lievemente superiore alla media, dimezzandosi circa in venti anni (da 11,2 a 6,8 giorni) e portandosi ad un valore pressoché allineato al dato mediano.



⁴ Nelle statistiche ospedaliere l'aumento del ricorso al day-hospital riduce il numero di degenze (poiché nella grande maggioranza dei paesi il day-hospital non viene contabilizzato tra i ricoveri) ma ne aumenta la durata media (poiché le prestazioni in day-hospital fanno tipicamente riferimento a casistiche poco complesse e sono quindi in alternativa a ricoveri di breve durata).

Fig. 2 - Durata delle degenze per acuti



Per quanto riguarda il numero di ricoveri, le statistiche, pur evidenziando un incremento nel dato medio (tav. a3), non segnalano trend forti e uniformi. Ciò in parte è dovuto a discontinuità nelle serie storiche ancora più marcate rispetto ad altri indicatori di utilizzo dei servizi ospedalieri⁵ e in parte può essere ricondotto alle summenzionate innovazioni nei sistemi di pagamento che, nell'indurre un taglio delle durate, possono aver indotto una crescita "artificiale" nel numero di ricoveri⁶. Nel complesso, dalla tavola a3 si può rilevare che per 15 paesi su 30, in rapporto alla popolazione, i ricoveri sono cresciuti anche se raramente a ritmi significativi. In 11 nazioni il dato è rimasto praticamente invariato, mentre solo in Canada, Irlanda, Italia e Olanda il trend dei ricoveri mostra un calo. L'Italia, in particolare, è passata dai 17,5 ricoveri acuti per 100 abitanti nel 1980 (il valore più elevato tra i paesi OCSE) ai 14,7 ricoveri rilevati intorno alla metà di questo decennio, ponendosi al disotto del dato mediano (15,8)⁷. A tale riguardo, va ricordato il peculiare sviluppo, nel nostro paese, del trattamento senza ricovero ordinario (day-hospital) di numerose prestazioni ospedaliere: negli ultimi dieci anni la quota di interventi chirurgici effettuati in regime di day-hospital, sul totale degli interventi è cresciuto dal 6,7 al 34,9 per cento (tav. 1), raggiungendo un valore corrispondente al dato mediano degli altri paesi.

⁵ Fonti di discontinuità riguardano la "contabilizzazione" dei pazienti trasferiti ad altri reparti del medesimo ospedale, l'inclusione o meno dei "casi giornalieri", l'inserimento dei neonati, etc.

⁶ Si fa riferimento a quella sorta di effetto "revolving doors", dovuto alla tendenza alla dimissione prematura di pazienti che devono successivamente essere riammessi.

⁷ Va rilevato che, nel nostro paese, il trend di riduzione si era temporaneamente invertito nella prima metà degli anni novanta, in corrispondenza dell'introduzione di un nuovo meccanismo tariffario (cfr. riquadro 1).

INTERVENTI CHIRURGICI IN DAY HOSPITAL SUL TOTALE
(valori percentuali)

Paesi	1990	1995	2000	2005
Australia	-	32,3	43,5	47,1 ^{'1}
Belgio	-	-	35,1	42,4 ^{'1}
Canada	-	-	60,6	64,6 ^{'1}
Danimarca	-	34,7 ¹	42,2	48,9
Finlandia	-	20,8	35,5	39,2
Germania	-	-	9,5 ²	16,7 ^{'1}
Irlanda	-	21,3	26,8	29,5 ^{'1}
Italia	-	6,7 ¹	20,8	34,9 ^{'1}
Lussemburgo	-	43,4 ¹	39,9	34,1
Messico	-	-	25,7	14,6
Nuova Zelanda	-	34,1 ²	37,5	34,9
Olanda	30,8	38,7	46,3	48,2
Portogallo	-	0,3	6,4	14,4
Regno Unito	29,1	44,3	53,1	55,7
Spagna	-	8,9	21,9	30,0 ^{'1}
Svizzera	-	-	17,6 ²	16,8
Ungheria	-	-	1,5	2,1 ^{'1}
Mediana		26,8	35,5	36,9

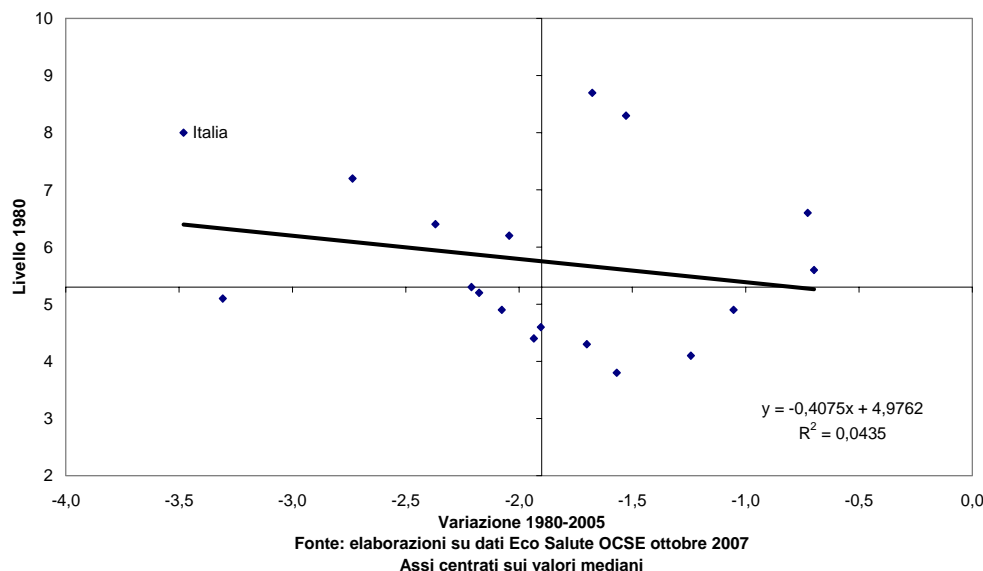
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1, '2 o '3).

3. La riorganizzazione dell'offerta

I posti letto. - La riduzione della durata delle degenze, i fenomeni di de-ospedalizzazione del trattamento di numerose patologie e il crescente ricorso alla pratica del *day-hospital* hanno determinato una sensibile riduzione del fabbisogno ospedaliero, misurato in termini di capacità ricettiva. Le statistiche sui posti letto mostrano un diffuso e forte trend di riduzione (tavv. a4-a5). Tra il 1980 e il 2005, nelle tredici nazioni per i quali sono disponibili dati di lungo periodo, i posti letto si sono ridotti di quasi un terzo. Anche in questo caso, il calo ha accelerato, passando dal -1,2 per cento in media all'anno, tra il 1980 e il 1992, al -1,6 per cento tra il 1992 e il 2005. Esso ha inoltre riguardato tutte le tipologie di posti letto, mostrando un'intensità relativamente minore per i letti riservati a ricoveri acuti, la cui quota sul totale è aumentata dal 71 al 76 per cento. Con riferimento a tale categoria di ricoveri⁸, la figura 3 evidenzia come la disponibilità di posti letto negli ospedali (diminuita da 5,6 per mille abitanti nel 1980 a 3,3 nel 2005) è calata proporzionalmente al livello di partenza.

⁸ Per i ricoveri acuti sono disponibili dati di lungo periodo per 18 paesi.

Fig.3 - Posti letto per ricoveri acuti in rapporto alla popolazione



In Italia, coerentemente con il più intenso calo nell'utilizzo delle strutture ospedaliere e con lo sviluppo delle prestazioni in *day hospital*⁹, la riduzione dei posti letto è stata maggiore: nel 1980 si rilevavano 8,0 letti per mille abitanti (il 56 per cento in più della mediana dei paesi OCSE), mentre nel 2005 la dotazione era di 3,3 letti, pari al dato mediano dell'area OCSE. In Italia, inoltre, il calo della capacità ricettiva ospedaliera è stato mediamente più intenso di quello delle giornate di degenza: il tasso di occupazione dei posti letto¹⁰ è di conseguenza cresciuto portandosi su livelli simili al dato mediano (tav. a6).

Le reti ospedaliere. – La riduzione di posti letto si è associata all'attuazione di piani di riduzione della quantità di strutture ospedaliere, attuati in molti paesi soprattutto a partire dagli anni novanta¹¹. Le statistiche sul numero di ospedali,

⁹ Secondo i dati dell'Istat, i posti letto che all'interno delle strutture ospedaliere italiane sono riservati ad attività di day-hospital, erano poco meno di 33 mila nel 2004, pari al 14,1 per cento del totale dei posti letto ordinari (8,7 per cento nel 1996).

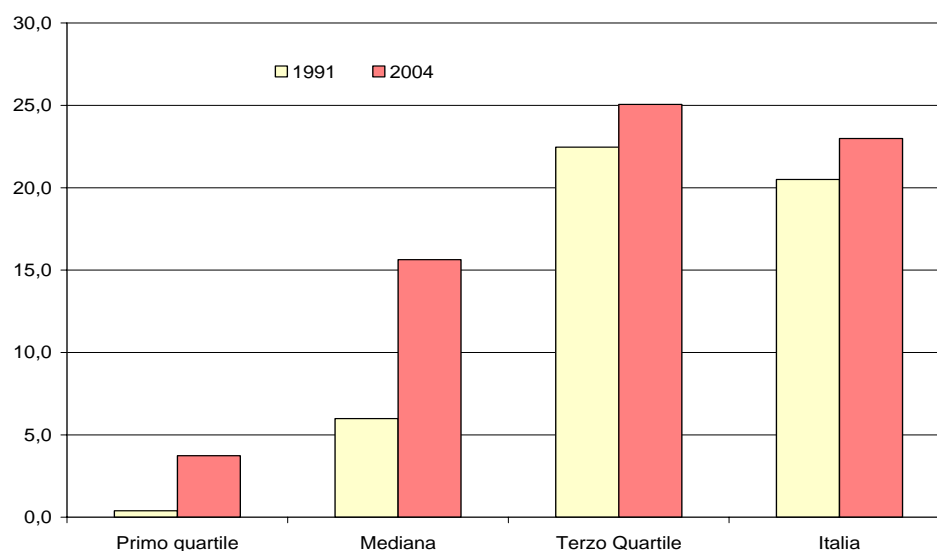
¹⁰ Tale indicatore è dato dal rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettive e le giornate di degenza "potenziali". Queste ultime sono calcolate moltiplicando il numero di posti letto per i giorni dell'anno in cui il reparto è stato attivo (365 o 366 se tutto l'anno).

¹¹ In Europa, fino agli anni ottanta, solo il Regno Unito, l'Irlanda e la Grecia avevano ridotto in misura significativa (di oltre un terzo) il numero di ospedali. Tra gli ostacoli rilevati in tale processo, oltre alle forti resistenze da parte dell'opinione pubblica e dei gruppi di interesse (WHO 2002, pp. 28-30), si evidenziavano le difficoltà di individuare con precisione le "dimensioni ottimali" delle strutture di ricovero, quale criterio per l'individuazione di una "migliore" configurazione, anche territoriale, delle reti ospedaliere pubbliche. I tentativi di misurare le economie di scala e/o di scopo nel comparto ospedaliero non fornivano infatti indicazioni univoche: anche se la maggior parte degli studi identificava in circa 200 posti letto la dimensione a partire dalla quale gli ospedali possono operare in modo efficiente dal punto di vista della scala (per una rassegna degli studi condotti tra il 1975 e il 1994, cfr. Crivelli e altri, 2000), vi era scarso consenso sull'individuazione del limite dimensionale superiore, oltre il quale possono generarsi diseconomie. A seconda dei contesti nazionali e dei periodi utilizzati (continues)

sebbene piuttosto frammentate e spesso prive di profondità storica, evidenziano, con riferimento a una ventina di paesi europei, come la mediana del rapporto tra numero di ospedali e popolazione sia calata da 30,5 a 22,3 per milione di abitanti tra il 1990 e il 2005¹² (tav. a7). Anche l'Italia ha partecipato a tali tendenze, mantenendo una posizione in graduatoria attorno al dato mediano. La riduzione dei posti letto è stata molto più intensa negli ospedali pubblici: in termini mediani la quota di letti allocati in ospedali privati è infatti cresciuta dal 6,0 al 15,6 per cento tra il 1991 e il 2002 (fig. 4).

Fig. 4

**QUOTA DI LETTI OSPEDALIERI ALLOCATI NEGLI OSPEDALI PRIVATI DI
ALCUNI PAESI EUROPEI (1)**
(valori percentuali)



Fonte : WHO (World Health Organization, Regional Office for Europe European health for all database, giugno 2007. (1) Sono compresi i seguenti paesi: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Regno Unito, Slovacchia, Spagna, Svezia, Turchia e Ungheria.

È invece difficile dire quanta parte del più intenso calo dei posti letto pubblici sia ascrivibile all'eliminazione di strutture ospedaliere di dimensione subottimale e quanto invece esso sia dovuto ad un ridimensionamento trasversale

nelle stime econometriche, tale limite veniva identificato entro un range molto variabile, tra i 300 e i 600 posti letto (cfr. in WHO (2002), il capitolo 6: *Are big hospital better?*).

¹² Ogni paese ha seguito strategie peculiari, passando da obiettivi di esplicito e quantificato ridimensionamento come in Belgio (dove nel 1989 è stata imposta per legge una dimensione minima, pari a 150 letti, degli ospedali accreditati) a sistemi volti al mantenimento delle reti ospedaliere attraverso l'introduzione di "nuovi compiti" per gli ospedali, come in Germania, dove nella seconda metà dello scorso decennio, è stata abolita la separazione tra servizi di ricovero e servizi ambulatoriali. In alcuni casi, inoltre, la chiusura degli ospedali "minori" è stata preceduta – come nel Regno Unito, in Francia e in Australia – da una intensa fase di fusione meramente giuridica di ospedali indipendenti. In altri casi ancora, come in Spagna, la ristrutturazione ha seguito anche la strada della chiusura di ospedali particolarmente grandi, sostituiti da nuove strutture più snelle e accessibili.

che ha coinvolto gli ospedali di ogni dimensione. In effetti, le fonti statistiche che raccolgono dati *cross-country* sulle strutture sanitarie, al di là del semplice numero di strutture di ricovero, non contengono informazioni utili per una descrizione completa della configurazione dimensionale delle reti ospedaliere. Si tratta di una lacuna importante, che impedisce di valutare se, al di là del comune trend di ridimensionamento medio, sussistano peculiarità nazionali nella morfologia dei servizi ospedalieri, a loro volta utili per comprenderne eventuali differenze nelle performance o nei costi.

Sulla base delle fonti nazionali dirette abbiamo quindi raccolto informazioni su struttura proprietaria, dimensione e localizzazione degli ospedali per Italia, Spagna, Francia, Germania, Austria e Inghilterra. Lo scopo è quello di valutare se il nostro paese presenti e in che misura quelle caratteristiche di frammentazione dell'offerta ospedaliera, in particolare quella pubblica, che nel dibattito corrente viene a volte denunciata come causa di inefficienza.

In effetti, nonostante il significativo calo mostrato dal numero di ospedali pubblici in Italia (pari al 4,6 per cento l'anno dal 1995 al 2005), i dati raccolti mostrano come la nostra rete ospedaliera risulti ancora caratterizzata da una maggiore frequenza di ospedali di piccole dimensioni. La dimensione mediana dei nostri ospedali è infatti di 164 posti letto (tav. 2), oltre un terzo in meno rispetto ad Austria, Germania e Francia¹³ e circa la metà della dimensione mediana inglese. Quasi il 20 per cento dei posti letto italiani è inoltre concentrato in "piccoli" ospedali (con meno di 200 letti), circa 5 punti in più rispetto a Spagna e Austria e almeno 8 punti in più rispetto agli altri paesi. Allo stesso modo, solo il 44 per cento delle strutture ospedaliere pubbliche in Italia dispone di almeno 200 posti letto, oltre 15 punti in meno rispetto a Germania, Austria Francia e Inghilterra e quasi 5 punti in meno rispetto alla Spagna. Il divario non sembra mutato in misura significativa negli ultimi dieci anni.

Una possibile, ancorché parziale, spiegazione del fenomeno può essere ricercata nel diverso "ruolo" svolto dalle piccole strutture ospedaliere nei differenti contesti nazionali. In particolare è plausibile immaginare che, laddove meno sviluppata risulta l'assistenza residenziale e domiciliare, e con essa la possibilità di curare alcune patologie di minore gravità al di fuori degli ospedali, maggiore risulta il ruolo di "supplenza" dei piccoli ospedali nel garantire un'adeguata copertura territoriale del fabbisogno sanitario. Alcuni parziali indicatori sulla minore diffusione in Italia dei servizi di assistenza residenziale e domiciliare sono riportati nella tavola 3: tra i paesi considerati, l'Italia dispone del minore numero di letti in strutture "residenziali" (case di cura per lungo degenti) ed ha la più bassa quota di budget sanitario dedicato alle cure domiciliari. A parità di altre condizioni ciò ha plausibilmente ostacolato la chiusura delle piccole strutture ospedaliere,

¹³ Il confronto con Germania e Francia esclude per tali paesi le strutture "paraospedaliere" descritte nella nota (a) alla tavola 2.

spesso de facto gravate di compiti altrove demandati ad istituzioni più appropriate (e meno costose, cfr. paragrafo 4).

Tav. 2

STRUTTURA DIMENSIONALE DEGLI OSPEDALI PUBBLICI NEL 2004

(valori percentuali)

Variabili	Italia	Spagna (1)	Austria	Germania		Francia		Inghilterra
				(a)	(b)	(a)	(b)	
Presenza ospedaliera								
Ospedali per milione di abitanti	11,3	8,3	16,1	9,5	12,3	11,6	17,5	8,3
Posti letto per mille abitanti	3,1	2,7	5,7	3,4	3,8	4,8	5,0	3,7
Posti letto pubblici sul totale	77,9	66,2	76,2	52,8	44,2	63,9	64,1	78,3
Struttura dimensionale degli ospedali								
Dimensione degli ospedali 1° quartile	84	99	156	140	120	130	64	86
Dimensione mediana degli ospedali	164	189	244	249	200	251	140	335
Dimensione degli ospedali 3° quartile	355	414	412	460	375	435	324	692
Quota di posti letto in ospedali con:								
< 50 posti letto	1,3	0,8	0,0	0,4	0,8	0,3	1,8	0,9
50 – 199	18,2	14,6	13,6	11,7	16,8	10,7	15,5	6,0
200 - 499	31,8	27,7	34,3	35,4	34,9	31,6	30,6	15,5
500 e oltre	48,7	57,0	52,1	52,5	47,5	57,4	54,4	77,7
Quota di ospedali con almeno 200 posti letto								
1995	41,0	48,9 (2)	60,0 (2)	62,3	-	-	-	-
2004	44,0	49,6	62,3	61,0	50,6	60,1	40,1	59,4
Fonti: Italia: elaborazioni su dati del Ministero della salute; Spagna: elaborazioni su dati del Ministerio de Sanidad y Consumo, <i>Catálogo Nacional de Hospitales 2005</i> ; Austria: elaborazioni su dati del Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, <i>Krankenanstalten in Österreich</i> . Germania: Elaborazioni su dati dello Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, <i>Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen</i> . Francia: elaborazioni su dati estratti dall'archivio on line SAE 2004. Inghilterra: elaborazioni su dati del Department of Health.								
(a) I dati escludono le strutture ospedaliere e paraospedaliere, caratterizzate da attività di ricovero a bassissima complessità. In particolare, per la Germania vengono escluse le circa 230 strutture di cura pubbliche (<i>Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen</i>) dedicate alle cure preventive e riabilitative e che non trattano ricoveri per acuti. Per la Francia vengono esclusi i circa 340 <i>Hôpital locaux</i> pubblici, generalmente non attrezzati né per l'attività chirurgica né per quelle di ostetricia. (b) I dati comprendono le strutture escluse nella colonna (a) (1) Dati riferiti al 2005; (2) Dati stimati per il 1998.								

Tav. 3

INDICATORI DI DIFFUSIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

(valori percentuali riferiti al 2005)

Paesi	Letti in case di cura per lungo degenti			Quota di spesa pubblica per assistenza domiciliare (1)
	Su letti ospedalieri	Su mille abitanti	Su mille anziani (65 anni e oltre)	
Austria	-	-	-	8,1
Francia	1,29 ²	9,8 ²	60,3 ²	1,5
Germania	1,08	9,2	47,8	6,5
Italia	0,65 ²	2,7 ²	14,8 ²	1,1
Spagna	0,86	3,2	18,9	2,3
Regno Unito	0,75 ¹	2,9	18,7 ¹	8,3 ¹¹
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. Legenda - : dato non disponibile; l'apice (x) indica che il dato fa riferimento a x anni precedenti. (1) Con riferimento all'Italia, il dato è di fonte Istat e calcola l'incidenza percentuale del costo dell'Assistenza domiciliare integrata sul totale della spesa sanitaria regionale per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.				

**DISTRIBUZIONE DEGLI OSPEDALI TRA I COMUNI DOTATI DI ALMENO
UNA STRUTTURA DI RICOVERO**

(valori percentuali riferiti al 2004)

Tipo di presenza ospedaliera	Italia	Germania	Spagna	Francia	Austria
Totale ospedali					
Solo privata e no profit	21,0	45,7	28,1	55,4	38,1
Solo pubblica	58,8	37,7	41,3	23,8	46,5
Sia pubblica sia privata	20,2	16,6	30,7	20,8	15,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ospedali con meno di 200 posti letto					
Solo privata e no profit	37,6	63,1	49,1	78,2	62,4
Solo pubblica	51,4	30,1	35,8	16,5	30,3
Sia pubblica sia privata	11,0	6,7	15,1	5,3	7,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ospedali tra 200 e 499 posti letto					
Solo privata e no profit	8,3	44,2	19,2	19,6	15,4
Solo pubblica	87,3	46,1	68,3	75,5	80,8
Sia pubblica sia privata	4,5	9,7	12,5	4,8	3,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ospedali con almeno 500 posti letto					
Solo privata e no profit	1,1	25,4	9,1	2,2	5,6
Solo pubblica	98,9	61,6	87,3	97,1	88,9
Sia pubblica sia privata	0,0	13,0	3,6	0,7	5,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonti: **Italia**: elaborazioni su dati del Ministero della salute; **Spagna**: elaborazioni su dati del Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo Nacional de Hospitales 2005*; **Austria**: elaborazioni su dati del Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, *Krankenanstalten in Österreich*. **Germania**: Elaborazioni su dati dello Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*. **Francia**: elaborazioni su dati estratti dall'archivio on line SAE 2004. **Inghilterra**: elaborazioni su dati del Department of Health.
n.b. I dati di Francia e Germania escludono le strutture ospedaliere e paraospedaliere, caratterizzate da attività di ricovero a bassissima complessità (cf. punto (a) della tavola 2).

La peculiare frammentazione della rete ospedaliera pubblica italiana è anche correlata ad una minore capillarità nella diffusione territoriale di ospedali non pubblici. Come mostra la tavola 4, infatti, sul totale dei comuni dotati di almeno una struttura di ricovero, la presenza ospedaliera è garantita in Italia per il 58,8 per cento esclusivamente da strutture pubbliche, oltre 20 punti in più rispetto a Francia e Germania e 13 e 15 punti in più rispetto ad Austria e Spagna rispettivamente. L'“esclusività” della presenza pubblica riguarda ogni classe dimensionale di ospedale, ma è particolarmente accentuata con riferimento agli ospedali di minore dimensione. Tale fenomeno può, in una certa misura, rappresentare un'ulteriore indicazione del “ruolo di supplenza” svolto dagli ospedali pubblici italiani.

Il coordinamento delle cure sanitarie. – Il problema di una efficiente “divisione del lavoro” tra i servizi di ricovero ospedaliero e il livello “outpatient” dell'assistenza medica si associa ad una questione più generale, quella della efficacia del coordinamento delle diverse tipologie di assistenza erogate ad un medesimo paziente, laddove queste ultime vengano offerte in punti “separati” del

sistema socio-sanitario. In termini molto generali la questione riguarda la capacità di utilizzare in modo coerente il complesso delle informazioni cliniche riferite a un paziente per ottimizzarne, anche sotto il profilo dei costi, il processo di cura.

Soprattutto con riferimento alle classi di età più anziane della popolazione, dove maggiormente incidono le disabilità croniche o le patologie multiple, la continuità, la coerenza e la tempestività delle terapie possono infatti evitare numerosi episodi di ospedalizzazione o di re-ospedalizzazione, con impatti significativi sia sulla salute del paziente sia sul costo dei trattamenti. Secondo un recente studio, condotto dall'OCSE sulla base delle risposte a un questionario fornite da un campione di 26 paesi (Hofmarcher e altri, 2007), significativi problemi di coordinamento delle cure persistono nella maggioranza dei sistemi sanitari nazionali. Con riferimento alle necessità di cure dei pazienti lungo-degenti, tali problemi sono particolarmente avvertiti nella fase di transizione tra dismissione del paziente dall'ospedale e suo affidamento ad altri operatori socio-sanitari, responsabili della "*long-term care*".

In un quadro di generale ritardo nell'implementazione di programmi volti a migliorare le pratiche di coordinamento, in Italia i problemi appaiono mediamente più intensi: in particolare, secondo la citata indagine qualitativa dell'OCSE, il coordinamento degli episodi di cura nel nostro paese viene assicurato prevalentemente all'interno dell'ospedale o è demandato alla responsabilità del medico di base, mentre sono poco frequenti figure di medici specialisti o di "case managers" che aiutino il paziente nel follow-up post-ospedaliero (fig. 5.1). In Italia risultano inoltre relativamente poco diffusi alcuni strumenti tesi a facilitare l'integrazione tra i diversi settori di assistenza socio-sanitaria, tra i quali gli incentivi contrattuali al coordinamento delle cure (fig. 5.2). Infine, i flussi informativi tra i differenti provider sanitari appaiono scarsi (fig. 5.3), anche a causa del minore utilizzo di strumenti di raccolta e trasmissione elettronica delle informazioni cliniche sui pazienti (fig. 5.4).

Figg. 5

TIPOLOGIE E STRUMENTI DI COORDINAMENTO DELLE CURE SANITARIE (valori percentuali)

fig. 5.1 - Diffusione delle pratiche di coordinamento delle cure

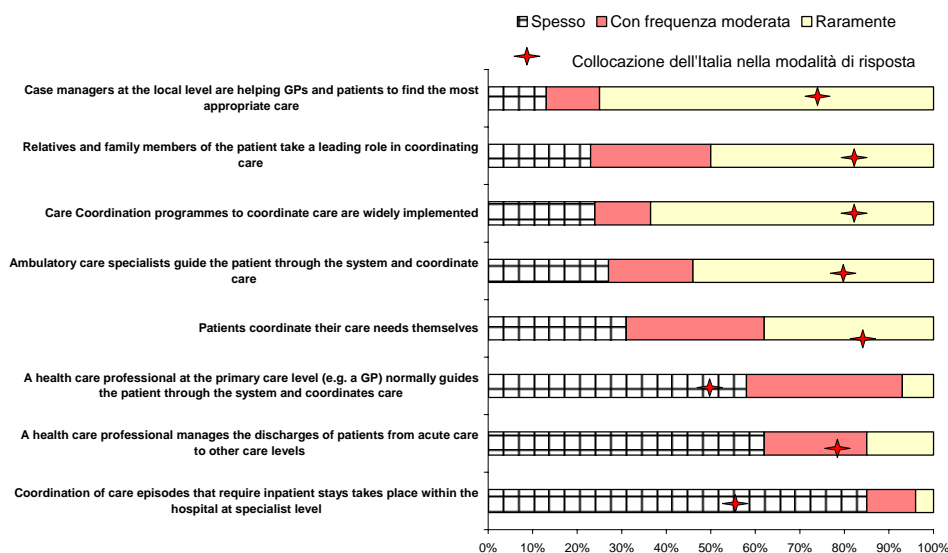


fig. 5.2 - Presenza di condizioni contrattuali e incentivi per il coordinamento delle cure

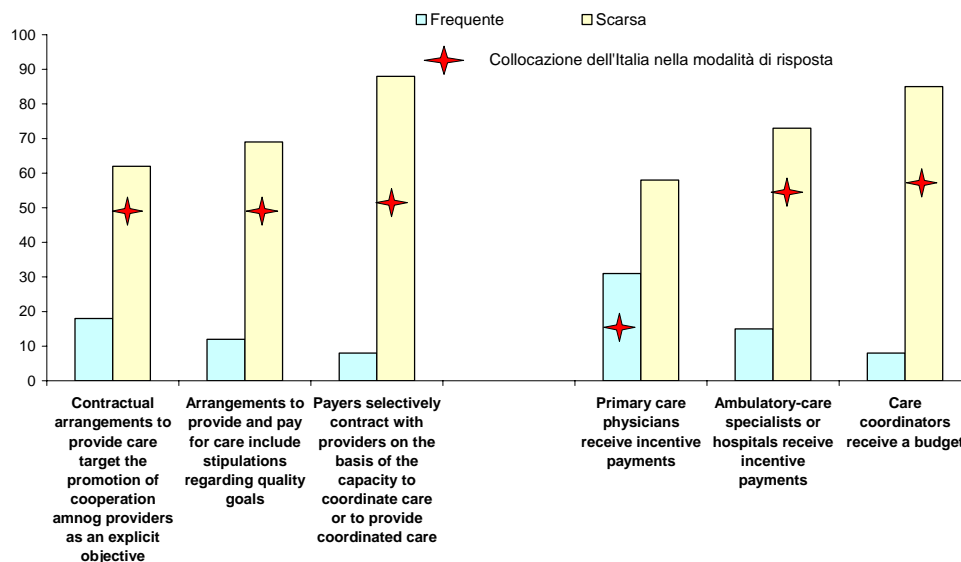


fig. 5.3 - Trasferimento delle informazioni tra erogatori dei servizi sanitari

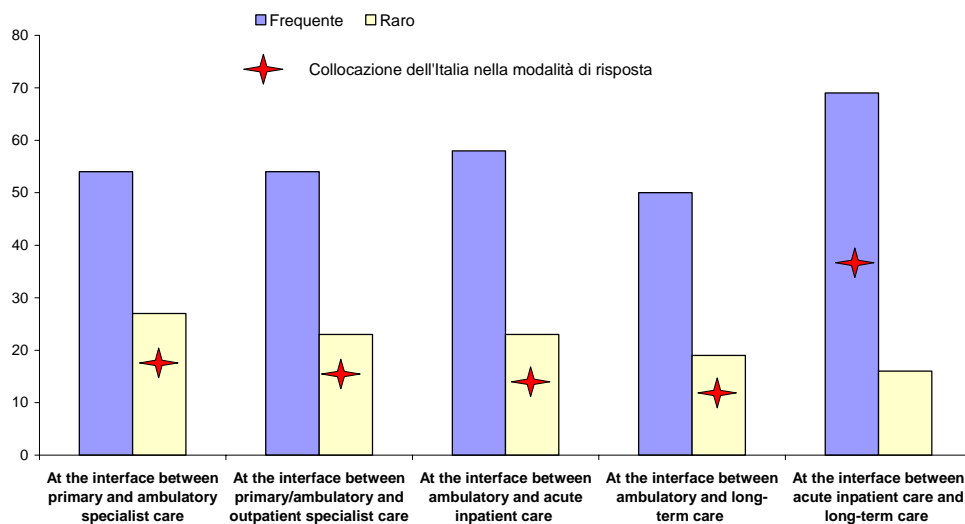
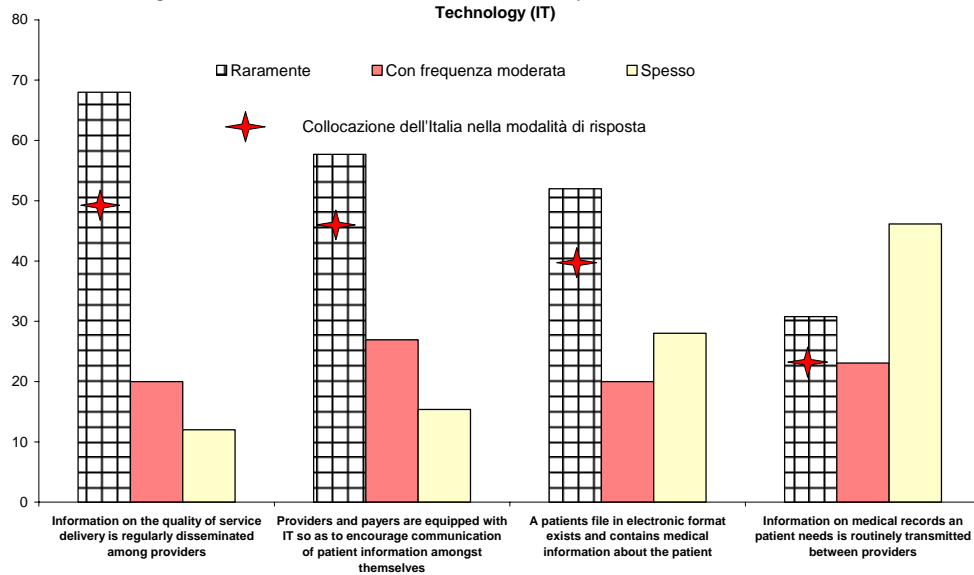


fig. 5.4 - Modalità di trasmissione delle informazioni sui pazienti ed utilizzo dell'Information Technology (IT)



Fonte: Hofmarcher e altri 2007

4. Le risorse umane e tecnologiche

Nonostante la riduzione dell'output ospedaliero (soprattutto se misurato in termini di giornate totali di degenza¹⁴) e il corrispondente ridimensionamento delle strutture di ricovero, negli ultimi dieci anni¹⁵ il personale addetto agli ospedali ha continuato a crescere pressoché ovunque (tav. a8). La quantità di personale, valutata in rapporto alla “capacità ricettiva” degli ospedali, è di conseguenza, sensibilmente aumentata, passando da 1,8 a 2,3 occupati per posto letto.

In Italia si è passati da 1,8 a 3,1 occupati per posto letto. Sia in rapporto alle degenze sia in rapporto alla popolazione gli occupati ospedalieri in Italia, partendo da livelli relativamente bassi, hanno raggiunto il dato mediano dei paesi di riferimento (1,4 occupati per cento giornate e 12,3 per mille abitanti). Nel nostro paese la quota ospedaliera dell'occupazione sanitaria è cresciuta nell'ultimo decennio dal 60,1 al 61,9 per cento, superando significativamente il valore mediano dell'area OCSE (viceversa calato nello stesso periodo dal 60,1 al 56,9 per cento).

Il fenomeno della crescita del personale ospedaliero in una fase di ridimensionamento delle strutture di ricovero, diffuso nell'area OCSE e particolarmente marcato in Italia, potrebbe essere sintomo di una rigidità organizzativa a fronte dei trend strutturali in atto. La natura dell'impiego pubblico nel comparto sanitario potrebbe infatti far risultare il fattore lavoro un fattore di produzione pressoché fisso, paradossalmente meno comprimibile dei posti letto.

Prima di giungere a conclusioni simili è però da tenere in conto che il ridimensionamento dei posti letto è in realtà andato di pari passo ad un innalzamento della complessità delle cure mediche, con conseguente incremento del fabbisogno, quantitativo e qualitativo, di personale sanitario per unità di ricovero. In effetti, molti paesi OCSE si caratterizzano oggi per difficoltà di reperimento del personale medico (Simoens e Hurst 2006) e infermieristico (Simoens e altri 2005) e non per situazioni di *overmanning* generalizzate. Molti paesi hanno fatto crescentemente ricorso a personale sanitario immigrato: secondo l' “OECD's International Migration Outlook”, nel 2005 i medici “foreign-trained” superavano il 25 per cento del totale in Inghilterra, Irlanda, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda e cominciavano a presentare ritmi di crescita elevati anche in Francia e nei paesi del Nord Europa.

L'Italia partecipa peraltro di tali situazioni solo per talune figure specifiche. Per la generalità del personale medico il nostro paese è invece spesso un “esportatore” di tali figure professionali¹⁶: in larga misura, ciò deriva dalla notevole abbondanza di medici che si è creata già a partire dagli anni settanta. Attualmente il

¹⁴ Si tenga però conto della forte crescita delle prestazioni in day hospital, spesso non computate affatto nelle giornate di degenza.

¹⁵ Solo dal 1995 sono disponibili dati sull'occupazione ospedaliera per un numero significativo di paesi.

¹⁶ Sul totale dei medici immigrati in Svizzera, Irlanda e Inghilterra, la componente italiana era pari nel 2001 al 4,8, 3,2 e 1,4 per cento rispettivamente (Simoens e Hurst 2006).

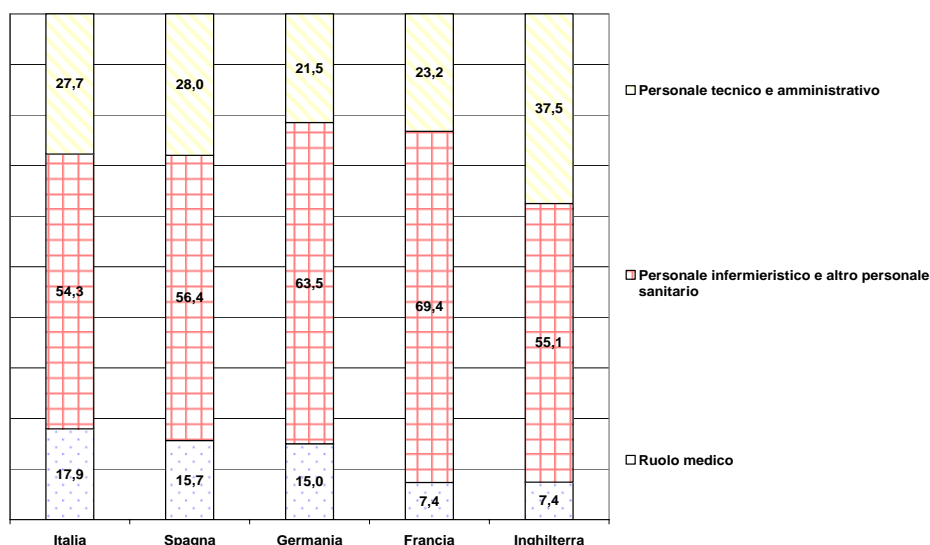
numero di medici praticanti in Italia è pari a 4,2 per mille abitanti, il livello più elevato tra i paesi OCSE, dopo la Grecia (4,9) e pari a 0,8 punti in più rispetto alla Francia, alla Germania e alla Spagna e 1,8 punti in più del Regno Unito e degli U.S.A. Particolarmente elevata è anche la quota di medici sul totale degli occupati nel settore sanitario, che, sebbene in calo negli anni recenti, si mantiene su valori prossimi al 20 per cento, circa il doppio del dato di Francia e Olanda e quasi il triplo del dato di Germania, Regno Unito, Australia, Canada e Stati Uniti. All'interno del ruolo medico, inoltre, l'Italia si caratterizza per una maggiore incidenza di personale specialistico e una più bassa quota di medici generici: questi ultimi pesano infatti per il 22,6 per cento sul totale dei medici praticanti, contro il 28,8 del dato mediano degli altri paesi.

La relativa abbondanza di medici in Italia si ritrova anche nei dati sulla composizione del personale ospedaliero, che vede la componente medica raggiungere il 18 per cento in Italia, contro valori inferiori al 16 per cento in Spagna e Germania e pari al 7,4 per cento in Francia e Inghilterra (fig. 6).

Fig. 6

COMPOSIZIONE DEL PERSONALE NEGLI OSPEDALI PUBBLICI (1)

(valori percentuali calcolati sul numero di occupati equivalenti a tempo pieno)



Fonte : cfr. nota alla tavola 2.

Nel confronto con Germania e Francia, che è possibile effettuare anche per classi dimensionali di ospedali, tale peculiarità appare particolarmente pronunciata nelle strutture ospedaliere di minore dimensione (tav. 5): in particolare, mentre negli ospedali tedeschi e francesi la quota di personale medico cresce al crescere della dimensione dell'ospedale, coerentemente con il presumibile incremento della

complessità dei ricoveri trattati¹⁷, in Italia tale relazione è praticamente assente. Il divario è ancora più evidente se rapportato alla quantità di ricoveri: negli ospedali italiani con meno di 200 letti, il numero di medici per mille ricoveri assume valori di circa quattro volte superiori rispetto al dato tedesco. Sempre nel confronto internazionale, l'Italia appare invece meno dotata di personale infermieristico, potendo contare su 5,4 infermieri per mille abitanti, quasi la metà del dato rilevato in Germania e nel Regno Unito e circa 2,5 punti in meno rispetto a Spagna, Francia e Stati Uniti. Tuttavia, tale scarsità sembra riguardare esclusivamente il segmento delle cure ambulatoriali (*outpatient*) e domiciliari; con riferimento al solo segmento ospedaliero dei ricoveri per acuti, invece, la situazione si inverte; il numero di infermieri per posto letto è infatti raddoppiato negli ultimi dieci anni, superando sensibilmente i valori di Francia e Germania e allineandosi al dato statunitense (tav. a9).

Tav. 5

INCIDENZA DEL PERSONALE MEDICO NEGLI OSPEDALI PUBBLICI

(valori percentuali, riferiti al 2004)

Dimensione dell'ospedale	Italia	Germania		Francia	
	Numero di occupati	Full time equivalent	Numero di occupati	Full time equivalent	Numero di occupati
Quota di medici sul totale del personale ospedaliero					
fino a 99 letti	18,7	10,7	9,2	4,9	7,5
tra 100 e 199 letti	19,9	12,3	10,8	6,4	8,7
tra 200 e 499 letti	18,9	13,9	12,3	7,1	8,8
500 letti e oltre	17,7	16,4	14,8	7,6	11,1
Totale	18,4	15,4	13,8	7,4	10,2
Medici su mille ricoveri					
fino a 99 letti	16,1	4,0	4,7	7,3	12,2
tra 100 e 199 letti	14,1	4,8	5,3	7,0	10,4
tra 200 e 499 letti	13,9	5,7	6,3	6,6	8,7
500 letti e oltre	14,9	9,8	10,6	7,3	11,5
Totale	14,5	7,9	8,6	7,1	10,6
<small>Fonti: Italia: elaborazioni su dati del Ministero della salute; Germania. Elaborazioni su dati dello Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, <i>Grunddaten der Krankenhäuser</i>. Francia: elaborazioni su dati estratti dall'archivio on line SAE 2004.</small>					

La dotazione tecnologica. – Soprattutto dal punto di vista qualitativo, il crescente fabbisogno di capitale umano nel settore sanitario è determinato anche dalla maggiore complessità delle tecnologie mediche correntemente utilizzate. Per quanto riguarda la dotazione tecnologica, i dati riportati nella tavola a10, per quanto lontani dall'essere esaustivi del vasto e crescente insieme delle nuove apparecchiature medicali, testimoniano della crescita esponenziale nella dotazione tecnologica nei diversi sistemi sanitari. Per l'Italia la crescita è stata più elevata della media: agli inizi di questo decennio la dotazione di apparecchi per la

¹⁷ Sul legame in Italia tra dimensione degli ospedali e complessità dei casi trattati si rimanda ai paralleli lavori di Lozzi e Schiavone (cfr. Lozzi (2008) e Schiavone (2008)).

tomografia computerizzata e per la risonanza magnetica risultavano sensibilmente più elevati rispetto a quelli di Francia, Germania e Regno Unito.

Riquadro 1: La riorganizzazione dei sistemi di tariffazione e finanziamento degli ospedali

L'esigenza di individuare nuovi sistemi di vincoli e incentivi in grado di aumentare l'efficienza gestionale degli ospedali, ha indotto la grande maggioranza dei paesi ad agire anche sulla regolamentazione dei servizi ospedalieri. Le riforme introdotte hanno seguito principi ispiratori fortemente omogenei tra i sistemi sanitari nazionali¹⁸, in grande misura riconducibili alla riforma statunitense del 1983 e alla riforma inglese del 1990¹⁹. Rientrano tra le misure adottate, le modifiche nei meccanismi di finanziamento e nei sistemi di tariffazione, la separazione tra responsabilità di acquisto e di offerta dei servizi e il conferimento di autonomia patrimoniale agli enti ospedalieri.

Particolare rilevanza ha assunto l'innovazione nei sistemi di pagamento; in tale ambito si è assistito ad un rapido e generalizzato abbandono dei meccanismi di rimborso che facevano riferimento al costo storico, in larga misura indipendenti dal numero e dalla tipologia di prestazioni effettuate, e a una tendenza ad adottare sistemi di pagamento prospettico basati sulla quantità di pazienti trattati, distinti in raggruppamenti omogenei di diagnosi. Propedeutica a ciò è stata la diffusione di sistemi informativi particolarmente dettagliati per la misurazione del case-mix dei ricoveri, a loro volta sviluppati a partire dal modello dei DRG (Diagnosis Related Groups) sviluppato negli USA negli anni settanta.

Intorno alla metà di questo decennio, su 26 paesi OCSE per i quali si hanno informazioni, 22 disponevano di un sistema di finanziamento prospettico basato sui DRG o sue varianti²⁰. La metà di questi ultimi (tra cui l'Italia) ha introdotto tali innovazioni tra il 1993 e il 1998 e un ulteriore 30 per cento lo ha fatto nei primi anni di questo decennio.

Il passaggio ad un sistema di pagamento che si fonda su numero e tipologia degli episodi di ricovero e non sulle giornate totali di degenza, ha reso più conveniente un utilizzo intenso dei posti letto e scoraggiato il mantenimento di una capacità ricettiva inutilizzata. Ne è scaturita un'accelerazione nella riduzione sia del numero di posti-letto sia della durata media dei ricoveri.

I possibili inconvenienti del nuovo sistema vanno dall'incentivo "avverso" ad incrementare il numero di ammissioni di pazienti riducendone il più possibile la durata delle degenza (anche attraverso dimissioni precoci e ricoveri ripetuti), all'utilizzo di trattamenti inappropriatamente costosi perché rimborsati con tariffe più elevate (McClellan 1997), fino all'attribuzione di diagnosi artatamente non corrette (cosiddetto *DRG creep* o *up coding*, Newhouse 1990). La maggior parte dei paesi ha quindi introdotto correttivi. Si tratta di sviluppi in gran parte ancora in atto e per i quali è prematuro qualunque riscontro di efficacia.

¹⁸ Cfr. European Observatory on Health Systems and Policies, anni e paesi vari.

¹⁹ La riforma statunitense innovava i meccanismi di finanziamento del programma Medicare, prevedendo per la prima volta un esplicito collegamento tra il pagamento dei servizi ospedalieri e il volume e la complessità dei servizi erogati. La riforma inglese introduceva una sorta di "mercato interno" al sistema sanitario nazionale, ponendo in potenziale concorrenza i fornitori di servizi ospedalieri, rispetto alla domanda di cura richiesta da autonome istituzioni sanitarie acquirenti.

²⁰ I paesi che non hanno ancora adottato tale sistema sono la Svizzera (che ha però già stabilito di introdurlo a partire dal gennaio 2009), la Grecia, la Turchia e la Repubblica Ceca.

**DIFFERENZE FRA PAESI NELL'IMPLEMENTAZIONE DEI SISTEMI DI PAGAMENTO
PROSPETTICI (1)**

Paese	Ospedali inclusi nel campione per la definizione dei sistemi di classificazione dei ricoveri		Possibilità di differenziazione territoriale nel sistema di classificazione e/o in quello tariffario	Adattamenti dei DRG alla realtà nazionale
	Numero	Quota sul totale degli ospedali che usano il sistema di classificazione		
England	300	100%	no	significativi
Germany	214	12,0%	no	significativi
France	52	3,3%	no	significativi
Denmark	44	n.a.	si	significativi
Hungary	30	18,8%	no	significativi
Netherlands	23	22,1%	no	significativi
Spain	18	n.a.	si	marginali
Italy	8	1,1%	si	marginali

Fonte: Busse e altri 2006. (1) Le informazioni si riferiscono alla data di introduzione dei sistemi di pagamento prospettici.

All'interno della comune tendenza ad adottare sistemi di rimborso correlati ai volumi e al case-mix dell'attività ospedaliera, nella applicazione concreta di tale riforma il caso italiano mostra alcune peculiarità (tav. 6). Il sistema DRG in Italia è stato infatti quasi integralmente "importato" dall'esperienza americana, a differenza di altri paesi che lo hanno invece significativamente modificato in base alle caratteristiche nazionali; inoltre il "campione" di ospedali utilizzato in Italia per la definizione del sistema di tariffazione è stato particolarmente esiguo (8 ospedali, pari a l'1,1 per cento di quelli che utilizzano il sistema). Le tariffe poi concretamente usate peraltro differiscono in Italia dalle DRG così fissate, perché l'Italia è l'unico tra i paesi di grande dimensione a prevedere una sensibile differenziazione regionale tra i meccanismi tariffari²¹. Secondo alcuni autori i difetti di rappresentatività e obsolescenza del tariffario nazionale hanno contribuito ad indurre questa deriva alla differenziazione, oltre ad aver condotto a situazioni di "disordine" nel monitoraggio e controllo della spesa a livello nazionale (si pensi, fra l'altro, alle questioni connesse alla compensazione regionale della mobilità sanitaria; Di Loreto e Spolaore, 2004).

5. Le tendenze internazionali nella spesa per servizi ospedalieri

Negli ultimi vent'anni la spesa per *inpatient-care*, pur decelerando, è raddoppiata in rapporto alla popolazione²² (tav. 7).

Praticamente in tutti i paesi, inoltre, quella ospedaliera resta la principale componente di spesa sanitaria, anche se la sua incidenza sul totale è calata di oltre dieci punti percentuali. Sia la decelerazione della spesa sia la riduzione della sua incidenza si sono inoltre sostanzialmente interrotte nella prima parte di questo decennio.

²¹ Secondo la rilevazione condotta da Busse e altri (2006; cfr. tav. 6) altre previsioni di differenziazioni esplicite all'interno dei territori nazionali si rilevano solo in Danimarca e in Spagna: quest'ultimo caso però è effettivamente adottato solo in una regione (la Catalogna) mentre in Italia si assiste alla creazione di "20 sistemi sanitari regionali" (Jommi 2004).

²² Il dato fa riferimento a valori espressi alle parità dei poteri d'acquisto; valutata in termini di valute nazionali a prezzi costanti la crescita della spesa per abitante tra il 1985 e il 2005 si avvicina o supera il 50 per cento per circa i due terzi dei paesi OCSE sui quali si hanno informazioni.

**SPESA PER PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN REGIME DI
DEGENZA PER MILLE ABITANTI**

Paesi	Tassi di crescita medi annui (variazioni %) (1)									
	Dollari USA a parità di potere d'acquisto					Valute nazionali a prezzi costanti				
	1980-85	1985-1990	1990-95	1995-2000	2000-2005	1980-85	1985-1990	1990-95	1995-2000	2000-2005
Australia	6,5	4,2	4,2	3,2	8,3	1,5	1,3	1,7	1,2	5,8
Canada	9,2	5,5	1,5	-3,6	4,3	3,8	2,2	-1,0	-4,8	2,2
Corea	-	14,9	8,1	10,3	10,8	-	11,5	5,6	8,7	8,5
Danimarca	6,6	2,4	3,8	4,6	5,9	1,3	-0,8	1,3	2,1	2,8
Finlandia	10,0	7,5	-0,7	1,8	5,1	4,5	4,2	-3,1	0,0	3,9
Francia	8,6	5,7	4,0	1,9	6,3	3,0	2,1	1,5	0,0	2,9
Germania	8,3	5,0	6,2	2,9	4,1	2,9	1,8	3,7	1,7	0,9
Giappone	9,6	5,4	5,4	5,8	5,3	4,2	2,1	2,8	3,9	2,8
Islanda	8,4	6,1	2,5	9,5	5,3	3,1	2,8	0,1	8,0	3,9
Italia	-	8,1	3,5	5,0	4,5	-	4,0	1,0	3,1	2,9
Norvegia	7,5	6,8	-	6,0	6,2	2,1	3,4	-	1,7	2,1
Portogallo	5,7	14,5	11,3	1,2	3,3	0,4	11,0	8,6	-0,8	1,7
Spagna	7,1	6,9	-0,8	3,0	7,3	1,7	3,6	-3,2	1,0	3,5
Stati Uniti	8,6	6,6	3,6	2,2	5,4	3,2	3,3	1,1	0,5	2,9
Svizzera	7,1	7,1	4,9	3,9	5,3	1,7	3,8	2,4	2,6	2,3
Variazione mediana	8,3	6,6	3,9	3,2	5,3	2,9	3,3	1,4	1,7	2,9
Italia in % della variazione mediana	-	122	88	155	85	-	121	69	181	100
Paesi	Livelli (Dollari USA a parità di potere d'acquisto)					Quota su spesa sanitaria totale (valori %)				
	1985	1990	1995	2000	2005	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	492	605	744	873	1.201 ¹	48,6	46,3	42,8	36,4	38,4 ¹
Canada	652	853	917	765	945	51,6	49,1	44,6	30,5	28,4
Corea	40	80	118	193	322	21,2	22,5	22,3	24,7	24,5
Danimarca	748	841	1.014	1.267	925 e	60,4	55,3	55,0	53,2	29,8 e
Finlandia	433	622	600	657	843	46,0	44,7	42,0	38,2	36,2
Francia	504	664	809 b	889	1.430	47,6	44,3	39,2 b	35,7	42,4
Germania	470	601	812	935	1.144	34,1	34,7	36,5	35,5	34,8
Giappone	285	370	569 b	755	929 ¹	32,8	33,0	36,8 b	38,4	39,4 ¹
Islanda	649	871	987	1.554	2.012	56,5	53,8	53,3	57,6	58,4
Italia	507 ³	592	702	898	1.121	44,2 ³	42,9	45,0	43,2	44,3
Norvegia	619	859	1.016 ^{2b}	1.319	1.778	64,8	61,7	43,2 ^{2b}	42,8	40,7
Portogallo	111	218	372	395 b	465	26,4	32,3	33,9	24,3b	22,8
Spagna	276	385	370	428	609	55,7	44,1	31,0	28,2	26,9
Stati Uniti	711	980	1.169	1.303	1.695	40,2	35,8	32,0	28,5	26,5
Svizzera	688	971	1.233 b	1.490	1.933	46,7	47,9	47,9 b	46,8	46,3
Valore mediano	504	622	809	889	1.121	46,7	44,3	42,0	36,4	35,5
Italia in % del valore mediano	101	95	87	101	100	95	102	107	122	125

Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007.

Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti (1,2 o 3); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.

(1) A causa di salti di serie, in qualche caso le variazioni sono calcolate con riferimento ad un periodo di durata inferiore (3 o 4 anni invece di 5) rispetto a quello indicato nelle colonne.

Data la contemporanea, forte riduzione delle giornate totali di degenza e dei posti letto, tali risultati possono apparire inattesi; in realtà va considerato che le tendenze di ridimensionamento osservate, nella domanda e nell'offerta di servizi ospedalieri, hanno verosimilmente agito sulle componenti meno costose di tali servizi. A tale riguardo va ricordato che la maggior parte dei costi connessi a un ricovero si sostengono subito dopo l'ammissione del paziente, quando è normalmente più intenso l'utilizzo delle risorse dedicate alla diagnosi ed alla cura

(McKee, 2004). È di conseguenza plausibile attendersi un ridotto effetto di contenimento dei costi quando la riduzione del numero di letti si associa al calo della durata delle degenze piuttosto che del numero dei ricoveri. Inoltre va ricordato il fatto che il numero di posti letto è divenuto una componente via via poco rappresentativa dei costi fissi dell'attività ospedaliera: come abbiamo visto nel capitolo 3, la minore capacità ricettiva degli ospedali non si è infatti accompagnata ad una corrispondente riduzione del complesso di attrezzature e risorse umane, anche a motivo dell'aumentata complessità media dei ricoveri. Infine, a proposito delle innovazioni nei sistemi di pagamento, è evidente che queste ultime - al di là dei problemi di efficacia richiamati nel riquadro 1 - sono state generalmente introdotte in anni molto recenti ed è quindi ancora presto perché possano derivarne risultati apprezzabili in termini di contenimento dei costi.

In Italia la crescita della spesa per ricoveri, pur con qualche sfasamento temporale, ha seguito la tendenza degli altri paesi. Nel 2005 il livello pro capite della spesa era esattamente corrispondente al dato mediano. Il nostro paese è però tra i pochi a non aver mostrato un calo nell'incidenza di tali costi sul totale della spesa sanitaria; incidenza che, partendo da un livello inferiore del 5 per cento al dato mediano nel 1985 lo superava del 25 per cento vent'anni dopo. Anche in questo caso è possibile immaginare che il fenomeno sia almeno in parte attribuibile al minore sviluppo di forme di assistenza sanitaria alternative al ricovero, come quella domiciliare, o di forme di ricovero, come quello "residenziale", meno costose rispetto a quello ospedaliero. A tale riguardo i dati della figura 7 mettono a confronto, in termini di spesa per posto letto, le strutture ospedaliere e quelle residenziali per un campione di paesi: appare evidente il maggior costo relativo degli ospedali²³.

Anche considerando il solo segmento ospedaliero e rapportandone la spesa ad alcuni denominatori rappresentativi delle attività di ricovero (posti letto, ricoveri, giorni di degenza e prestazioni chirurgiche), la tavola 8 mostra come, intorno alla metà di questo decennio, il nostro paese si situi su livelli maggiori rispetto alla media per tutti gli indicatori considerati. In tal caso non è possibile attribuire la causa del divario di costo al minore sviluppo delle forme di assistenza extraospedaliera in Italia: anzi questa componente, riducendo il case-mix dei ricoveri negli ospedali italiani dovrebbe abbassarne, a parità di altre condizioni, i costi medi delle attività di ricovero. E, in effetti, i differenziali di costo esposti nella tavola appaiono assai consistenti se misurati in rapporto ai posti letto mentre si attenuano ponendo al denominatore misure di output ospedaliero e diventano minimi considerandoli in rapporto al numero di ricoveri. Il legame tra costi e struttura morfologica delle strutture ospedaliere è plausibilmente indiretto: la funzione di "supplenza" delle carenze che l'Italia evidenzia nell'assistenza

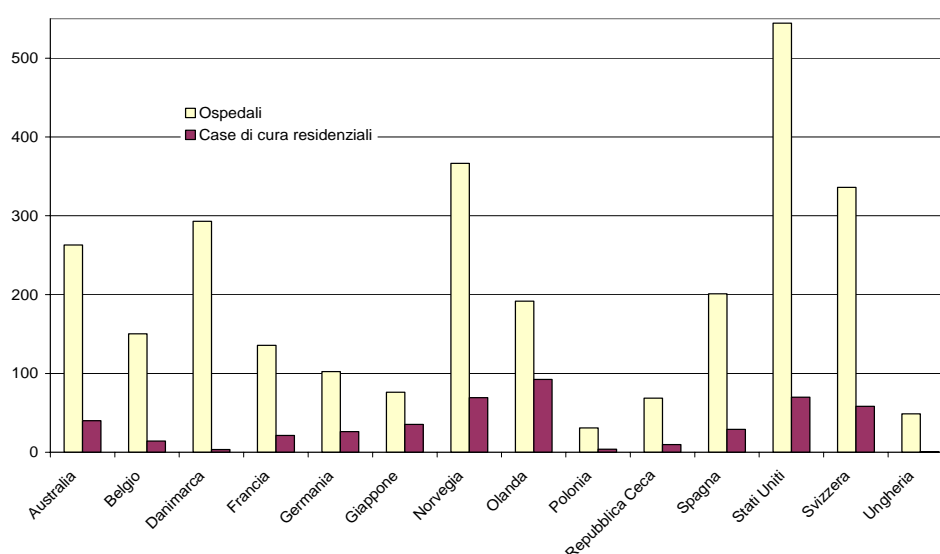
²³ Il fenomeno è solo in parte spiegato dal fatto che non tutta la spesa ospedaliera è finalizzata ad attività di ricovero. Secondo i dati raccolti dall'OCSE (Orosz e altri, 2004, pag. 110), la quota di spesa ospedaliera corrente non attribuibile ad attività di inpatient care è mediamente pari al 23 per cento, mentre l'ordine di grandezza dei divari di "costo medio per posto letto" riportato nella figura 6 è mediamente pari all'85 per cento.

domiciliare e più in generale nell'*outpatient care*, potrebbe favorire il proliferare di ospedali di ridotte dimensioni (cfr. paragrafo 1), comunque caratterizzati da costi fissi propri della funzione ospedaliera e con una elevata incidenza della componente medica all'interno del personale (cfr. paragrafo 2).

Fig. 7

“COSTO MEDIO” DI UN POSTO LETTO NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PER TIPOLOGIA DI EROGATORE DI PRESTAZIONI

(livelli riferiti al 2003 e calcolati in migliaia di dollari USA espressi in parità di potere d'acquisto)



Fonte : ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007.

Naturalmente, occorre ricordare che i confronti internazionali sui livelli e le variazioni delle diverse componenti della spesa sanitaria sono resi problematici da questioni metodologiche di varia natura. Le principali riguardano il livello di dettaglio dell'informazione statistica e l'effettiva omogeneità di voci di costo "nominalmente" simili ma spesso rappresentative solo di alcuni sottoinsiemi di spesa²⁴. In particolare va sottolineato che il numeratore degli indicatori proposti nella tavola 8 comprende una quota di spesa riferita ad attività ospedaliera non finalizzata alle cure in regime di ricovero, mentre i diversi denominatori considerano quasi esclusivamente tali tipologie di cura. Non conoscendo, in particolare, quanta parte della spesa ospedaliera nei diversi paesi è dedicata ad

²⁴ Nello scorso decennio, per iniziativa dell'OCSE, è stato avviato un programma di rilevazioni statistiche volto ad accrescere la comparabilità internazionale di aggregati "fini" della spesa sanitaria. A tale riguardo, nel 2000 è stato pubblicato il "System Of Health Accounts" (SHA), sulla base del quale i singoli paesi sono invitati a compilare le statistiche sanitarie (OCSE 2000). Ad oggi, però, solo la metà dei 30 paesi compresi nell'archivio OCSE ha fornito dati seguendo le raccomandazioni dell'SHA. Tra questi non rientra l'Italia, che continua a basarsi sul sistema dei conti nazionali per estrapolare i dati relativi alla spesa sanitaria.

attività di cure *outpatient* e quanta parte è invece concentrata nella *inpatient-care*, è necessaria la massima cautela nell'interpretazione dei differenziali di costo esposti nella tavola.

Tav. 8

**SPESA OSPEDALIERA IN RAPPORTO AD ALCUNI INDICATORI DI
ATTIVITÀ: ANNO 2003**

(livelli calcolati in migliaia di dollari USA espressi in parità di potere d'acquisto)

Paesi	Su 100 posti letto	Sul numero di ricoveri ordinari	Su 10 giorni di degenza	Sul numero di interventi chirurgici	
				Solo interventi in regime di ricovero	Interventi complessivi (compreso day hospital)
Australia	2,63	6,6	10,3	20,5	10,9
Canada	2,54	10,1	9,9	19,8	7,1
Corea	0,45	2,5	-	-	-
Danimarca	2,93	5,4	9,9	15,3	8,0
Francia	1,36	5,4	4,6	-	-
Germania	1,02	3,8	3,6	9,8	8,7
Giappone	0,76	10,2	5,2	-	-
Italia	2,05	5,6	7,5	16,2	10,9
Messico	1,35	4,5	5,8	8,5	7,0
Norvegia	3,66	7,2	10,0	-	-
Nuova Zelanda	-	5,2	-	24,0	15,5
Olanda	1,92	10,1	12,2	25,3	13,3
Polonia	0,31	1,2	1,5	-	-
Portogallo	1,73	5,6	6,5	12,5	10,9
Repubblica Ceca	0,69	2,7	2,4	9,2	-
Slovacchia	0,33	1,3	1,4	-	-
Spagna	2,01	5,9	6,7	13,4	9,6
Stati Uniti	5,44	14,9	25,8	20,5	-
Svizzera	3,36	8,5	10,9	13,1	10,7
Turchia	0,79	2,5	4,4	6,5	-
Ungheria	0,49	1,5	1,8	2,0	1,9
mediana	1,55	5,4	6,5	13,4	10,1
Italia in % della mediana	132,8	102,9	114,8	121,4	107,5

Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007 e (a) WHO (World Health Organization, Regional Office for Europe European health for all database, giugno 2007. La spesa ospedaliera in Italia fa riferimento al dato Istat sui LEA.

Così come fatto per i dati sulle strutture e sul personale ospedaliero, abbiamo cercato informazioni più fini nelle fonti nazionali. Ci si è però dovuti limitare alla Germania e solo ad un sottoinsieme di strutture ospedaliere (tav. 9)²⁵. In particolare il confronto fa riferimento alla componente pubblica dei ricoveri ospedalieri acuti che rappresentano il 71,1 e il 52,6 per cento del totale dei ricoveri ospedalieri,

²⁵ Il confronto con il caso tedesco è interessante anche perché, come si nota dalla tavola a11, la Germania è il paese dove minore appare la dissimilarità, rispetto all'Italia, nel quadro epidemiologico e dunque nel tipo di patologie mediamente trattate negli ospedali.

rispettivamente in Italia e Germania²⁶. Le fonti utilizzate consentono di depurare i dati dalle componenti di costo non direttamente riferibili ad attività di ricovero (p.es. costi delle prestazioni specialistiche erogate ad assistiti non ricoverati). Peraltro, non potendosi escludere significative differenze nei metodi di rappresentazione contabile dei costi di produzione tra i due paesi, i divari fra i “costi medi” dell’attività ospedaliera riportati nel testo, vanno considerati soprattutto in senso qualitativo.

Tav. 9

CAMPIONE DI OSPEDALI PUBBLICI IN ITALIA E GERMANIA

	Italia: ospedali pubblici rilevati da ASSR con riferimento al 2003			
	Numero di ospedali	Posti letto	Ricoveri	Personale
Totale ospedali rilevati (1)	480	168.654	8.186.467	428.657
Totale ospedali pubblici	738	196.911	8.798.658	567.082
Copertura sul totale degli ospedali pubblici	65,0%	85,6%	93,0%	75,6%
Copertura sul totale degli ospedali	37,5%	71,1%	89,3%	59,8%
	Germania: ospedali pubblici generalisti (Öffentliche Allgemeine Krankenhäuser) nel 2003			
	Numero di ospedali	Posti letto	Ricoveri	Personale
Totale ospedali rilevati (1)	689	265.520	9.097.414	465.099
Totale ospedali pubblici	796	290.625	9.417.159	499.247
Copertura sul totale degli ospedali pubblici	86,6%	91,4%	96,6%	93,2%
Copertura sul totale degli ospedali	31,4%	49,0%	52,6%	56,4%

Fonti: **Italia**: elaborazioni su dati ASSR (2006); **Germania**: Elaborazioni su dati dello Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, *Kostennachweis der Krankenhäuser* (Fachserie 12 / Reihe 6.3).
(1) Per l'Italia, rispetto alla rilevazione dell'ASSR, sono stati considerati solo gli ospedali per i quali sono disponibili informazioni sui costi. Per la Germania sono esclusi gli ospedali specializzati in cure psichiatriche.

Nel confronto con il caso tedesco, effettuato con riferimento all’anno 2003, il costo medio per unità di ricovero risultava in Italia superiore di circa 200 euro, pari al 4,7 per cento (tav. 10); esprimendo i valori a parità di potere d’acquisto, il divario sale all’11,5 per cento, mantenendosi comunque molto al di sotto rispetto a quello (superiore al 30 per cento) calcolato in base agli indicatori della tavola 8. Ciò è plausibilmente dovuto all’effetto della maggiore omogeneità dei termini di confronto e in particolare all’aver eliminato la componente privata, mediamente meno costosa e che è molto più rilevante in termini di numero di ricoveri in Germania²⁷.

²⁶ La possibilità di isolare la componente pubblica è importante: tra i fattori che possono incidere sui differenziali di costo va infatti considerato il diverso peso, fra i paesi, della componente pubblica della spesa sanitaria. Questo vale soprattutto assumendo che, in presenza di un trend di ridimensionamento dei servizi erogati, l’operatore privato riesca ad adattare la struttura dei costi in tempi più rapidi rispetto a quello pubblico. A tale riguardo esistono significative difformità tra i paesi: si va da un primo gruppo nei quali la quota di spesa pubblica per inpatient-care è compresa tra il 58 e il 65 per cento del totale (negli U.S.A., in Svizzera e in Corea) a un secondo gruppo in cui tale quota varia tra il 76 e l’86 per cento (Australia, Canada, Germania, e Spagna) fino al gruppo (paesi della Scandinavia, Italia, Francia e Giappone) dove tale peso assume valori superiori al 92 per cento.

²⁷ I ricoveri presso strutture private sono pari circa il 17 per cento del totale in Italia e a oltre il 45 per cento in Germania. Nel 2003, inoltre, in Germania il costo per ricovero negli ospedali privati non superava l’80 per cento di quello rilevato negli ospedali pubblici.

I dati consentono di cifrare i divari anche distinguendo per classe dimensionale di ospedali. A tale riguardo è interessante notare che il maggior “costo medio per ricovero” rilevato per l’Italia è quasi interamente dovuto agli ospedali di minore dimensione. In parte il fenomeno è dovuto alla maggiore incidenza del costo del personale per unità ricovero nei piccoli ospedali, che più che compensa il minor costo medio della forza lavoro impiegata.

Tav. 10

SPESA OSPEDALIERA IN ITALIA E GERMANIA NEL 2003 PER CLASSI DIMENSIONALI DI OSPEDALE

Dimensione dell'ospedale	Italia: ospedali pubblici rilevati da ASSR con riferimento al 2003 migliaia di euro e valori percentuali							
	Costo medio per ospedale	Costo medio per posto letto	Costo medio per ricovero	Costo del personale su costo	Costo medio del personale	Quota di posti letto	Quota di costo totale	Costo del personale per ricovero
fino a 99 posti letto	10.201	155	3,31	72,5	43	3,7	3,4	2,40
da 100 a 199	20.919	147	2,87	68,8	45	11,7	10,1	1,97
da 200 a 499	51.557	161	3,14	65,4	44	26,1	24,6	2,05
da 500 in su	164.023	180	3,83	60,3	41	58,4	61,8	2,31
Totale	59.718	170	3,50	62,8	42	100,0	100,0	2,20
Dimensione dell'ospedale	Germania: ospedali pubblici generalisti (Öffentliche Allgemeine Krankenhäuser) nel 2003 migliaia di euro e valori percentuali							
	Costo medio per ospedale	Costo medio per posto letto	Costo medio per ricovero	Costo del personale su costo totale	Costo medio del personale	Quota di posti letto	Quota di costo totale	Costo del personale per ricovero
fino a 99 posti letto	4.615	82	2,65	68,5	48	1,7	1,2	1,82
da 100 a 199	12.908	87	2,60	72,3	51	9,4	7,2	1,88
da 200 a 499	29.864	95	2,82	72,1	50	33,3	27,6	2,03
da 500 in su	121.096	132	3,79	77,3	49	55,6	64,1	2,93
Totale	44.165	115	3,34	75,4	49	100,0	100,0	2,52
Confronto Italia/Germania=100								
Dimensione dell'ospedale	Costo medio per ospedale		Costo medio per posto letto		Costo medio per ricovero		Costo medio del personale	
	euro	\$ USA ppa	euro	\$ USA ppa	euro	\$ USA ppa	Euro	\$ USA ppa
fino a 99 posti letto	221,1	235,4	190,0	202,3	125,0	133,1	88,1	93,8
da 100 a 199	162,1	172,6	168,3	179,2	110,2	117,4	89,1	94,9
da 200 a 499	172,6	183,8	169,3	180,3	111,5	118,7	87,4	93,1
da 500 in su	135,4	144,2	136,1	144,9	101,0	107,6	83,2	88,6
Totale	135,2	144,0	148,3	157,9	104,7	111,5	85,1	90,7
Dimensione dell'ospedale	Costo del personale su costo totale	Costo del personale su ricovero						
		Euro	\$ USA ppa					
fino a 99 posti letto	105,8	132,2	140,8					
da 100 a 199	95,1	104,9	111,7					
da 200 a 499	90,7	101,1	107,7					
da 500 in su	77,9	78,7	83,8					
Totale	83,3	87,2	92,8					
Fonti: Italia : elaborazioni su dati ASSR (2006); Germania . Elaborazioni su dati dello Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, <i>Kostennachweis der Krankenhäuser</i> (Fachserie 12 / Reihe 6.3).								

TAVOLE STATISTICHE

Tav. a1

GIORNATE TOTALI DI DEGENZA PER RICOVERI ACUTI PER ABITANTE

(giornate per abitante)

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	1,6	1,3 b	1,2 e	1,1	1,0	1,0 ¹
Austria	2,6	2,4 b	2,3	2,0	1,9	1,8
Belgio	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3 ³	1,2 ²
Canada	1,6	1,6	1,4	1,1 b	1,0	0,9 ¹
Corea	-	-	-	-	-	-
Danimarca	1,5	1,4	1,2	1,1	1,0 ¹	-
Finlandia	-	1,4	1,1	1,1	0,9	0,9
Francia	1,8	1,6	1,5	1,3	1,1	1,0
Germania	-	-	2,6 ¹	2,2	2,0	1,8
Giappone	-	-	-	3,0	2,4	2,1
Grecia	-	-	0,9 ³	0,9	1,0	-
Irlanda	1,3	1,2	1,0	1,0	0,9	0,9
Islanda	-	-	1,2	1,1	-	-
Italia	1,9	1,7	1,6	1,3	1,1	0,9¹
Lussemburgo	-	-	-	1,5 ³	1,4	1,3
Messico	-	-	0,4 ³	0,4	0,4	0,4
Norvegia	1,6	1,5	1,1	1,0	0,9	0,9
Nuova Zelanda	-	-	-	0,4 ²	0,3 ²	-
Olanda	1,6	1,4	1,2	1,0	0,8	0,7
Polonia	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4 ³
Portogallo	-	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8
Regno Unito	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Repubblica Ceca	2,6	2,5	2,2	2,0	1,7	1,7
Slovacchia	-	-	-	1,8 ¹	1,5	1,2
Spagna	-	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8 ¹
Stati Uniti	1,2	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7
Svezia	1,3	1,3	1,1	0,8	-	-
Svizzera	2,0	2,0	1,9	1,7	1,3	1,1
Turchia	-	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4 ³
Ungheria	1,9	1,9	1,9	2,0	1,7	1,6
Totale (1)	1,5	1,4	1,2	1,1	0,9	0,8
Campione aperto						
media	1,7	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1
mediana	1,6	1,4	1,2	1,1	1,0	1,0
distanza interquartile	0,40	0,40	0,60	0,60	0,50	0,45
Campione chiuso (1)						
media	1,7	1,6	1,5	1,3	1,2	1,1
mediana	1,7	1,5	1,5	1,3	1,3	1,0
distanza interquartile	0,30	0,45	0,60	0,55	0,45	0,40

Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. (1) 15 paesi sempre presenti dal 1980 al 2005.

Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1,2 o '3); la lettera **e** indica che il dato è stato stimato; la lettera **b** segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.

DURATA MEDIA DELLE DEGENZE OSPEDALIERE PER RICOVERI ACUTI*(giorni)*

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	7,7	7,4 b	7,2 ¹	6,5	6,1	6,1 ¹
Austria	14,5	10,8 b	9,3	7,9	6,9	5,9
Belgio	10,0 w	10,9 w	9,8 ³	9,4	7,7	7,1 ¹
Canada	10,0	10,4	10,2	7,2	7,2	7,3 ¹
Corea	10,0	11,0	12,0	11,0	11,0	10,6 ²
Danimarca	8,5	7,8	6,4	4,1	3,8	3,5
Finlandia	8,8	8,0	7,0	5,5	5,0	4,8
Francia	10,2	8,6	7,0	6,2	5,6	5,4
Germania	19,6	18,0	16,7	11,4 b	9,7	8,6
Giappone	-	-	-	33,2	24,8	19,8
Grecia	10,2	8,9	7,5	6,4	6,2	6,0 ²
Irlanda	8,5	7,4	6,7	6,6	6,4	6,6
Islanda	-	-	7,0	5,9	6,1	5,4
Italia	-	11,2 w	9,5 ¹	8,4	7,0	6,8 ¹
Lussemburgo	13,0 w	11,9 w	11,0 w	7,9 ³	7,5	7,3
Messico	-	-	4,2 ³	4,0	4,0	4,0
Norvegia	10,9	9,6	7,8	6,5	6,0	5,2
Nuova Zelanda	-	-	-	5,5 ²	4,9 ²	-
Olanda	14,0	12,5	10,0 b	8,8	7,7	6,8
Polonia	14,0	13,1	12,5	10,8	8,9	6,5
Portogallo	11,4	11,1	8,4	7,9	7,7	7,1
Regno Unito	8,5 w	8,0 w	5,7 w	5,1 w	7,0 b	6,1
Repubblica Ceca	13,6	13,1	12,0	10,2	8,7	8,0
Slovacchia	-	-	-	10,5 ¹	8,5	7,3
Spagna	-	10,1	9,6	8,8	7,1	6,7 ¹
Stati Uniti	7,6	7,1	7,3	6,5	5,8	5,6
Svezia	8,5	7,5	6,5	5,2	5,0	4,6
Svizzera	15,5	14,7	13,4	12,0	9,3	8,5
Turchia	6,3	6,2	6,0	5,7	5,4	5,2 ³
Ungheria	11,2	10,6	9,9	9,2	7,1	6,3
media	11,0	10,2	8,9	8,5	7,5	6,9
mediana	10,2	10,4	8,4	7,6	7,0	6,5
distanza interquartile	4,80	3,20	3,10	3,38	1,85	1,90
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 07 e WHO (World Health Organization, Regional Office for Europe European health for all database, giugno 2007).						
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1,2 o '3); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione; la lettera w indica che il dato è di fonte WHO.						

NUMERO DI RICOVERI ACUTI PER ABITANTE

(valori percentuali)

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	-	-	16,5 ³	16,5	15,8	15,8 ⁻¹
Austria	17,3 ⁻²	19,0	21,7	23,1	27,2	27,8
Belgio	14,2 ⁻¹	15,3	16,8	18,8	16,9	16,1 ⁻¹
Canada	14,4	14,0	12,9	11,0	9,4	8,8 ⁻¹
Corea	-	5,5 ³	6,5	7,7 ⁻¹	9,6 ⁻¹	13,2
Danimarca	17,1	17,9	18,9	16,8	17,7	17,0
Finlandia	-	16,4	18,0	19,4	20,2	19,9 ⁻¹
Francia	17,5	19,0	20,5	20,3	20,4 ⁻¹	16,3 ⁻¹
Germania	-	-	17,6	19,5	21,0	20,4
Giappone	-	-	9,7 ³	10,0 ⁻¹	10,4 ⁻¹	10,6
Grecia	11,2	11,2	12,2	13,7	16,1	-
Irlanda	15,8	15,9	14,7	14,6	14,3	13,9
Islanda	-	18,0 ⁻²	17,6	18,1	17,1	16,4 ⁻¹
Italia	17,5	16,6	14,8	16,3	15,8	14,7 ⁻²
Lussemburgo	15,3	17,5	18,4	18,4 ⁻¹	-	-
Messico	-	-	-	4,8	5,2	5,1
Norvegia	14,3	15,2	14,5	14,7	15,5	17,5
Nuova Zelanda	-	-	-	-	14,1	13,1
Olanda	11,2	10,9	9,6	9,6	9,0	10,4
Polonia	-	-	-	-	17,4 ³	18,6
Portogallo	-	8,1	10,4	11,1	10,8	11,4 ⁻¹
Regno Unito	9,2	10,2	17,3	21,0	22,4 ^b	24,5
Repubblica Ceca	17,4	17,9	16,7	18,7	18,7	20,7
Slovacchia	-	16,5	15,5	18,3	18,9	18,1
Spagna	8,7	9,1	9,6	10,7	11,8	11,7 ⁻²
Stati Uniti	-	-	12,4	11,7	11,4	12,1 ⁻¹
Svezia	15,6	17,0	16,6	16,3	15,5	15,1
Svizzera	13,0	13,3	13,9	-	16,4 ⁻²	15,9
Turchia	3,7	4,7	5,5	6,1	7,5	8,1 ⁻²
Ungheria	16,8	17,9	19,1	20,4	21,8	23,8
media	13,2	13,7	14,2	14,6	15,0	15,1
mediana	14,8	15,9	15,5	16,3	15,8	15,8
distanza interquartile	2,2	1,7	2,1	2,5	2,9	2,3
Fonte: per i paesi extraeuropei e la Polonia i dati fanno riferimento al numero di dimissioni e sono tratti dall'archivio ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 07; per gli altri paesi i dati si riferiscono ai ricoveri e sono di fonte WHO (World Health Organization, Regional Office for Europe European health for all database, giugno 2007).						
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1,'2 o '3); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.						

NUMERO DI LETTI OSPEDALIERI IN RAPPORTO PER ABITANTE*(posti letto per mille abitanti)*

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	7,8	6,2 b	5,4 ¹	4,6	4,0	4,0 ¹
Austria	-	10,9	10,2	9,3	8,6	7,7
Belgio	-	-	7,7	7,4	7,8	7,4
Canada	6,8	6,8	6,0	5,0 b	3,8	3,4 ¹
Corea	-	-	3,1	4,4	6,1	7,9
Danimarca	8,1	7,0	5,6	4,9	4,3	3,8 ¹
Finlandia	-	-	-	8,4 ¹	7,5	7,0
Francia	11,1	10,5	9,7	8,9	8,1	7,5
Germania	-	-	10,1 ¹	9,7	9,1	8,5
Giappone	-	-	15,6 ³	15,4	14,7	14,1
Grecia	6,2	5,5	-	4,9	4,7	4,7 ¹
Irlanda	9,1	8,2	8,0	7,0	6,3	5,6
Islanda	-	-	-	-	-	-
Italia	9,7	8,3	7,2	6,3	4,7	4,0
Lussemburgo	-	-	-	-	7,0	6,1
Messico	-	-	1,6	1,9	1,8	1,7
Norvegia	-	5,9 ¹	4,6	4,0	3,8	3,6
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Olanda	-	-	5,9	5,3	5,2	5,1 ²
Polonia	-	-	-	-	6,7 ³	6,5
Portogallo	5,2	4,3	4,3	4,1	3,9	3,6
Regno Unito	-	-	-	4,8	4,3	3,9
Repubblica Ceca	11,1	11,2	11,2	9,4	8,7 b	8,5
Slovacchia	-	-	-	8,3 ¹	7,8	6,8
Spagna	5,4	4,9	4,6	4,3	3,7	3,4 ¹
Stati Uniti	6,0	5,5	4,9	4,1	3,5	3,2
Svezia	-	-	-	-	-	-
Svizzera	7,2	6,8	6,5	5,5	4,1	3,6
Turchia	2,2	2,1	2,4	2,5	2,6	2,7
Ungheria	-	-	-	8,8	8,1	7,9
Campione chiuso (1)						
media	7,4	6,8	6,4	5,5	4,5	4,8
primo quartile	6,0	5,4	4,8	4,3	3,8	3,5
mediana	7,2	6,8	6,0	4,9	4,1	3,8
terzo quartile	9,1	8,2	7,6	6,5	4,7	6,1
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. (1) 13 paesi sempre presenti dal 1980 al 2005.						
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti (¹ , ² o ³); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.						

**NUMERO DI LETTI OSPEDALIERI PER RICOVERI ACUTI PER
ABITANTE**

(posti letto per mille abitanti)

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	6,4	5,3 b	4,8 ¹	4,1	3,6	3,6 ¹
Austria	-	8,3	7,5	6,8	6,3	6,1
Belgio	-	-	5,2	5,0	4,7	4,4
Canada	4,6	4,4	4,0	4,1 b	3,2	2,9 ¹
Corea	-	-	2,7	3,8	5,2	6,5
Danimarca	5,3	4,7	4,1	3,9	3,5	3,1 ¹
Finlandia	4,9	4,8	4,3	4,0	3,2	2,9
Francia	6,2	5,7	5,2	4,6	4,1	3,7
Germania	-	-	8,3 ¹	7,5	6,8	6,4
Giappone	-	-	12,3 ³	12,0	9,6	8,2
Grecia	4,9	4,3	-	3,9	3,8	3,8 ¹
Irlanda	4,3	4,1	3,2	3,1	2,8	2,8
Islanda	-	-	4,3	3,8	-	-
Italia	8,0	7,0	6,2	5,6	4,1	3,3
Lussemburgo	-	-	-	-	5,7	5,2
Messico	-	-	1,0	1,1	1,0	1,0
Norvegia	5,2	4,7	3,8	3,3	3,1	3,0
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Olanda	-	-	3,8	3,4	3,1	3,1
Polonia	5,6	5,7	6,3	5,8	5,2	4,7
Portogallo	4,1	3,5 b	3,4	3,3	3,2	3,0
Regno Unito	-	-	-	4,1	3,3	3,1
Repubblica Ceca	8,7	8,8	8,6	7,3	6,1 b	5,7
Slovacchia	-	-	-	6,3 ¹	5,8	5,0
Spagna	3,8	3,7	3,6	3,5	2,8	2,6 ¹
Stati Uniti	4,4	4,2	3,7	3,4	2,9	2,7
Svezia	5,1	4,6	4,1	3,0	2,4	2,2
Svizzera	7,2	6,8	6,5	5,5	4,1	3,6
Turchia	1,5	1,6	2,0	2,1	2,2	2,0 b
Ungheria	6,6	6,8	7,1	6,5	5,8	5,5
Campione chiuso (1)						
media	5,4	5,1	4,7	4,3	3,5	3,6
primo quartile	4,5	4,3	3,7	3,3	2,9	2,9
mediana	5,2	4,7	4,1	3,9	3,2	3,2
terzo quartile	6,4	6,0	6,2	5,5	4,1	4,0
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. (1) 18 paesi sempre presenti dal 1980 al 2005.						
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1,2 o '3); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.						

**TASSO DI OCCUPAZIONE DEI LETTI OSPEDALIERI PER RICOVERI
ACUTI**

(valori percentuali)

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	66,3	69,0 b	68,8 ¹	69,5	70,4	70,6 ¹
Austria	80,8 ²	79,9 b	79,3	76,9	77,3	79,0
Belgio	77,7	83,3 ¹	81,9	79,7	79,9 ²	-
Canada	80,4	83,4	78,6	84,6 b	91,2	90,0 ¹
Corea	60,8 ¹	61,0	83,9	66,3	67,2	71,6 ²
Danimarca	75,3	78,9	78,5	78,6	85,0	-
Finlandia	-	76,2	74,2	74,0	-	-
Francia	79,0	79,1	77,3	76,0	75,0	73,4
Germania	-	-	84,1 ¹	82,1	81,9	75,6
Giappone	-	-	-	81,6	81,8	79,2
Grecia	66,0	66,0	63,2	66,4	78,1	-
Irlanda	82,2	75,9	84,5	82,5	84,5	85,6
Islanda	-	-	-	-	-	-
Italia	69,0	67,9	69,3	70,7	75,6	76,4¹
Lussemburgo	-	-	-	67,9 ³	66,5	64,7
Messico	-	-	48,4 ³	50,1	57,4	61,0
Norvegia	79,3	82,0	77,0	79,4	85,2	87,6
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Olanda	83,5	79,1	73,3	73,3	65,7	63,9
Polonia	85,0	77,0	66,0	67,3	74,0	77,0 ³
Portogallo	-	67,7	66,7	72,6	71,3	73,2
Regno Unito	75,1	76,1	-	77,1	82,2	83,9
Repubblica Ceca	81,8	80,8	69,6	72,6	70,5	74,6
Slovacchia	-	-	-	79,6 ¹	70,6	66,7
Spagna	-	72,2	73,5	76,4	77,1	78,8 ¹
Stati Uniti	75,4	64,8	66,8	62,8	63,9	67,4
Svezia	72,1	75,3	72,2	75,9	-	-
Svizzera	77,9	80,0	79,0	77,7 ¹	84,8	86,1
Turchia	44,0 ¹	52,1	57,2	55,4	58,7	64,5
Ungheria	83,3	80,6	74,9	72,6	73,2	75,7
Campione chiuso (1)						
media	75,2	74,3	73,9	72,8	75,0	76,7
primo quartile	73,6	68,7	69,2	69,0	69,6	71,4
Mediana	79,2	78,1	75,8	73,0	74,5	76,1
terzo quartile	81,9	80,2	78,7	77,3	82,8	84,3
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. (1) 16 paesi sempre presenti dal 1980 al 2005.						
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1,2 o '3); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.						

**NUMERO DI OSPEDALI PER MILIONE DI ABITANTI IN ALCUNI
PAESI EUROPEI**

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Austria	42,8	43,8	42,2	41,0	38,5	32,1
Belgium	-	-	37,4	28,1	22,4	20,7
Czech Republic	30,1	31,1	32,7	35,7	36,1	35,0
Denmark	25,8	23,3	20,6	18,2	13,7	12,4
Finland	-	91,6	87,0	81,4	75,2	70,3
France	-	-	67,3	72,0	52,2	47,7
Germany	-	-	44,9	45,3	44,2	41,2
Greece	72,6	55,6	39,0	33,7	30,9	28,8
Hungary	-	-	14,0	16,3	16,9	17,8
Iceland	-	103,6	98,1	89,8	78,2	68,4
Ireland	-	-	54,5	52,5	48,6	44,3
Italy	-	-	30,5	28,1	23,2	22,3
Luxembourg	-	87,1	83,8	-	-	-
Netherlands	-	-	16,7	14,9	13,1	12,2
Norway	-	-	-	-	-	-
Poland	19,1	18,9	18,9	19,3	20,8	22,1
Portugal	-	23,2	24,0	19,9	21,4	19,9
Slovakia	21,3	21,7	21,7	23,7	25,9	27,6
Spain	-	24,1	21,0	19,9	19,6	17,6
Sweden	11,3	14,5	14,3	12,8	10,0	9,0
Switzerland	61,4	70,5	63,3	62,6	52,3	46,7
Turkey	19,5	15,3	16,0	17,0	18,2	16,4
United Kingdom (1)	-	43,0	27,2	24,2	11,1	13,3
mediana	-	-	30,5	28,1	23,2	22,3

Fonte: WHO (World Health Organization, Regional Office for Europe European health for all database, giugno 2007. (1) dal 2000 il dato fa riferimento alla sola Inghilterra ed è stimato in base a statistiche nazionali.

OCCUPATI NEL SETTORE OSPEDALIERO*(livelli, variazioni e valori percentuali)*

Paesi	Unità di misura (1)	Tasso di variazione 1995-2005	In % dell'occupazione sanitaria		Livelli su popolazione		Livelli su posti letto		Livelli su 100 giornate di degenza	
			1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Australia	eft	1,6	-	-	12,4	12,8 ¹	2,7	3,2	1,1	1,3
Austria	eft	0,1	-	-	15,4	15,3	1,7	2,0	0,8	0,8
Belgio	eft	1,7	-	-	11,0 ²	12,3 ²	1,5	1,6	0,8	1,0
Canada	eft	2,0	37,9	36,8 ¹	11,9	13,0 ¹	2,4	3,8	1,1	1,4
Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Danimarca	num	1,9	51,7	54,2 ¹	7,7	8,8 ¹	1,6	2,3	0,7	-
Finlandia	eft	2,2	53,4	52,5 ²	12,8	14,9 ²	1,5	2,1	1,2	1,6
Francia	num	1,2	59,3	60,8	18,5	19,8	2,1	2,6	1,4	2,0
Germania	eft	-1,1	31,7 ²	29,9	12,1	10,8	1,2	1,3	0,5	0,6
Giappone	eft	0,9	60,7 ¹	63,6	12,2	13,1	0,8	0,9	0,4	0,6
Grecia	num	2,0	62,6	63,1 ¹	8,7	10,0 ¹	1,8	2,1	1,0	-
Irlanda	eft	3,3	67,4	58,2	12,4	14,9	1,8	2,7	1,2	1,7
Islanda	eft	0,6	80,0 ³	75,7 ¹	25,6 ³	24,9 ³	-	-	2,4	-
Italia	eft	0,9	60,1³	61,9	11,6	12,3	1,8	3,1	0,9	1,4
Lussemburgo	-	-	-	-	-	11,5	-	1,9	-	0,9
Messico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvegia	eft	3,8	-	47,4	15,3	20,9	3,8	5,8	1,5	2,3
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Olanda	eft	0,6	58,3 ³	47,1 ¹	10,9	11,0	2,1	2,2	1,1	1,6
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portogallo	num	2,7	76,0	79,8	9,2	11,2	2,2	3,1	1,1	1,4
Regno Unito	num	1,6	72,3	70,6	21,3	24,1	4,4	6,2	2,4	2,7
Repubblica Ceca	eft	0,1	57,5	54,2	12,7	13,0	1,4	1,5	0,6	0,8
Slovacchia	eft	-3,4	84,3	56,9 ¹	15,2	11,0 ¹	1,8	1,6	0,8	0,9
Spagna	num	1,6	64,8	55,1 ¹	9,4	10,0 ²	2,2	2,9	1,2	1,2
Stati Uniti	eft	1,1	48,2	44,2	16,0	16,1	4,0	5,0	2,0	2,3
Svezia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Svizzera	eft	1,7	36,5 ³	-	15, ³ 7	16,9	2,9	4,6	0,9	1,5
Turchia	eft	2,9	76,9 ³	74,8 ³	3,1 ³	3,3 ³	1,3	1,2	0,8	0,8
Ungheria	eft	2,9	44,8	52,6	7,0	9,5	0,8	1,2	0,4	0,6
Campione chiuso (2)										
Media		1,4	60,4	57,5	12,8	13,7	2,1	2,7	1,1	1,4
primo quartine		0,8	52,6	52,6	10,5	11,0	1,5	1,6	0,8	0,8
Mediana		1,6	60,1	56,9	12,3	12,9	1,8	2,3	1,1	1,4
terzo quartine		2,0	69,9	63,4	15,3	15,5	2,3	3,2	1,2	1,6
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. (1) eft = occupati equivalenti a tempo pieno, num = numero di occupati; (2) paesi sempre presenti dal 1995 al 2005.										
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti ('1,2 o '3); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.										

Tav. a9

**NUMERO DI INFERMIERI PER POSTO LETTO NEI REPARTI
OSPEDALIERI PER RICOVERI ACUTI**

Paesi	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	-	1,20	1,30 ¹	1,30	1,40	1,60 ¹
Austria	-	0,38	0,47	0,63	0,73	0,80
Belgio	0,55 ¹	0,63	0,78 ¹	0,74 ²	0,81	0,87 ²
Canada	0,81	0,88	0,82	1,20 ¹	-	-
Corea	-	-	-	-	0,33 ¹	0,32
Danimarca	0,52	0,69	0,88	1,07	1,26	-
Finlandia	0,43	0,51	0,65	0,70 ¹	-	-
Francia	0,24	0,35	0,39	0,42	0,48	0,57
Germania	0,40	0,46	0,52 ¹	0,70	0,74	0,75
Giappone	-	-	-	-	-	-
Grecia	0,40	0,58	-	0,92	0,84	1,01 ³
Irlanda	-	-	1,20	1,30	1,30	1,50
Islanda	-	-	-	-	-	-
Italia	0,42	0,50	0,64	0,75	1,03	1,36 ²
Lussemburgo	-	-	-	-	0,72	0,76
Messico	-	-	1,70	1,80	2,10	2,10
Norvegia	0,56	0,68	0,92	1,20	1,52	1,67
Nuova Zelanda	0,58	0,80	1,20	-	-	-
Olanda	0,79	0,82	0,87 ¹	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-
Portogallo	0,30	0,45	0,54	0,69	0,87	1,12
Regno Unito	0,50	0,70	1,10	1,40	1,80	2,20
Repubblica Ceca	-	-	0,31	0,42	0,47	0,50
Slovacchia	-	-	-	0,58 ¹	0,62	0,55
Spagna	0,32	0,53	0,68	0,74	1,53	1,74 ¹
Stati Uniti	0,93	0,89	1,05	1,19	1,31	1,51
Svezia	-	-	-	-	-	-
Svizzera	-	-	-	-	1,12	1,31
Turchia	0,27	0,30	0,33	0,23	0,30	0,38 ³
Ungheria	-	-	-	-	0,76	0,81
Campione chiuso (1)						
media	0,44	0,55	0,70	0,82	1,02	1,20
primo quartile	0,31	0,46	0,53	0,70	0,78	0,81
mediana	0,40	0,53	0,68	0,74	0,87	1,12
terzo quartile	0,53	0,66	0,85	1,06	1,42	1,59
Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007. (1) 16 paesi sempre presenti dal 1980 al 2005.						
Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti (¹ , ² o ³); la lettera e indica che il dato è stato stimato; la lettera b segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.						

DIFFUSIONE DI ALCUNE TECNOLOGIE CLINICHE*(numero di apparecchi per milione di abitanti)*

Paesi	Apparecchiature di Tomografia Computerizzata e Scannerizzata						Apparecchiature di Risonanza magnetica					
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	0,7	8,2	13,8	20,5 e	26,1 e	45,3 ¹ e	-	0,2 ¹	0,6	2,9	3,5 b	4,2
Austria	-	5,0 ²	11,7	23,9 ¹	25,8	29,4	-	0,7 ²	1,2 ¹	7,4 ¹	10,9	16,3
Belgio	-	-	16,1	16,7 ¹	21,8	31,6 ¹	-	-	2,0	3,3	6,0	6,6
Canada	-	-	7,1	8,0	9,8 ¹	11,2	0,0 ²	0,2	0,7	1,4	2,5	5,5
Corea	-	-	12,2 ³	15,5	28,4	32,2	-	-	1,4 ²	3,9	5,4	12,1
Danimarca	0,2	1,6	4,3	7,3	11,4	13,8	-	-	2,5	-	5,4	10,2 ¹
Finlandia	1,5	5,3	9,8	11,7	13,5	14,7	-	0,4	1,8	4,3	9,9	14,7
Francia	-	2,3	6,7	9,2	9,5	9,8	-	0,4 ²	0,8	2,1	2,6	4,7
Germania	-	-	6,4 ¹	9,0	12,7	15,4	-	-	1,1 ¹	2,3	4,9	7,1
Giappone	14,4 ¹	24,3 ¹	55,2	74,7 ¹	84,4 ¹	92,6 ³	-	-	6,1	18,8 ¹	23,2 ¹	40,1
Grecia	0,6	1,5	6,5	13,5 ²	17,1 ²	25,8 b	-	-	0,4	1,9 ²	1,9 ²	13,2 b
Irlanda	-	3,4 ¹	4,3	-	-	10,7	-	-	-	-	-	-
Islanda	0,0	8,3	11,8	18,7	21,3	23,7	-	-	3,9	7,5	10,7	20,3
Italia	-	-	6,0	12,1 ¹	21,0	27,7	-	-	1,3	2,6 ¹	7,7	15,0
Lussemburgo	2,7	5,4	5,2	26,6	25,2	28,6	-	-	2,6	2,4	2,3	11,0
Messico	-	-	-	-	2,5 ¹	3,4	-	-	-	-	1,1 ¹	1,3
Norvegia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuova Zelanda	-	-	3,6	7,5 ¹	8,8	12,1 ¹	-	-	-	2,7 ¹	2,6 ²	3,7 ²
Olanda	2,6 ¹	3,1 ¹	7,3	9,0 ²	-	5,8 d	-	0,1 ¹	0,9	3,9	-	5,6 d
Polonia	-	-	-	3,5 ³	4,4	7,9	-	-	-	-	0,9 ²	2,0
Portogallo	-	-	4,6	12,4 ²	12,4 ³	26,2 b	-	-	0,8	2,8 ³	2,8 ³	3,9 ²
Regno Unito	-	-	-	-	4,5 e	7,5	-	-	-	-	4,7 e	5,4
Repubblica Ceca	-	-	2,1 ¹	6,7	9,6	12,3	-	-	0,2 ¹	1,0	1,7	3,1
Slovacchia	-	-	-	-	8,7 ³	11,3	-	-	-	-	2,0 ³	4,3
Spagna	-	1,6 ¹	4,4 ²	8,3	12,0	13,5	-	0,0 ¹	0,7 ²	2,7	4,8	8,1
Stati Uniti	-	-	-	24,1 ²	25,1 ¹	32,2 ¹	-	-	11,5 ³	12,3	15,4 ¹	26,6 ¹
Svezia	1,9	4,9	10,5	13,8 ²	14,2 ¹	-	-	0,2	1,5	6,8	7,9 ¹	-
Svizzera	-	-	-	18,3 ²	18,5	18,2	-	-	-	12,4 ²	12,9	14,4
Turchia	-	-	1,6	2,9 ¹	7,1 ¹	7,3 ²	-	-	-	0,6 ¹	3,0 ²	3,0 ¹
Ungheria	0,3	0,3	1,9	4,6	5,7	7,1	-	0,1	0,1	1,0	1,8	2,6

Fonte: ECO-SALUTE OCSE, Ottobre 2007.

Legenda - : dato non disponibile; l'apice (1,2,3) indica che il dato fa riferimento a (1,2 o 3) anni successivi o precedenti (¹,² o ³); la lettera **e** indica che il dato è stato stimato; la lettera **b** segnala l'inizio di un nuovo metodo di rilevazione.

Tav. a11

**MATRICE DI DISSIMILARITÀ NELLA COMPOSIZIONE DELLE
PATOLOGIE OSPEDALIERE (1)**

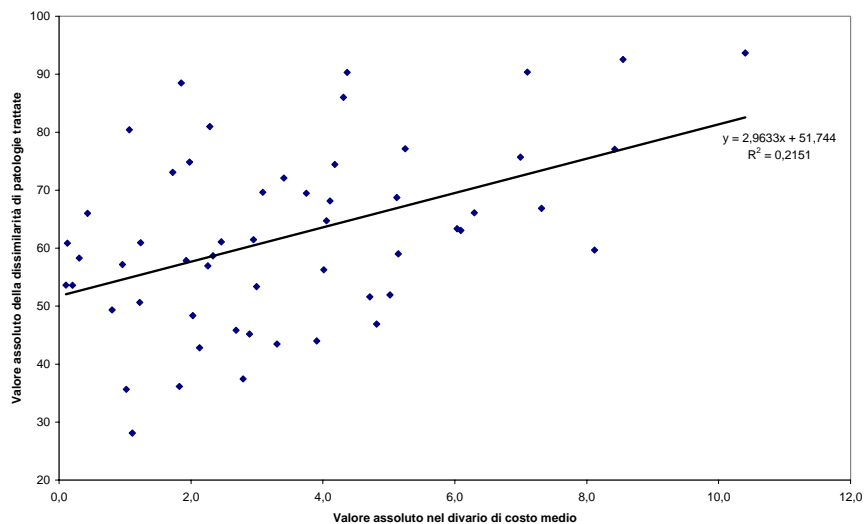
	Australia	Austria	Canada	Corea	Francia	Germania	Giappone	Italia	Norvegia	Spagna	Stati Uniti
Australia	0,0										
Austria	58,7	0,0									
Canada	37,4	68,7	0,0								
Corea	86,0	74,8	90,4	0,0							
Francia	61,1	60,9	77,1	88,5	0,0						
Germania	50,6	28,1	56,3	69,6	60,9	0,0					
Giappone	73,1	64,7	80,4	63,4	74,4	61,5	0,0				
Italia	53,6	42,8	53,4	68,2	56,9	35,6	57,9	0,0			
Norvegia	45,8	51,9	53,6	75,7	59,0	44,0	57,2	45,2	0,0		
Spagna	48,4	58,3	46,9	81,0	66,0	49,3	69,5	36,1	51,6	0,0	
Stati Uniti	63,1	77,1	43,5	93,7	92,6	66,9	90,3	66,1	72,1	59,7	0,0
Media paesi	42,7	44,5	41,9	68,9	66,0	37,3	63,7	33,0	40,3	39,9	68,5

Fonte: elaborazioni su dati OCSE, ECO-SALUTE, Ottobre 2006. Valori medi del periodo 2000-2003.

(1) Ogni valore rappresenta la sommatoria dei valori assoluti delle differenze (paese per paese) tra l'incidenza percentuale di ogni patologia riportata nelle schede di dimissione ospedaliera sul totale delle dimissioni ospedaliere. Il numero di patologie considerate nel calcolo è di 131.

Fig. a1

**CORRELAZIONE TRA I DIVARI DI COSTO (1) E LE DIFFERENZE
NELLE PATOLOGIE TRATTATE**
(valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni su dati OCSE, ECO-SALUTE, Ottobre 2006. (1) Il costo medio è dato dal costo dell'attività di ricovero per numero di ricoverati.

BIBLIOGRAFIA

- ASSR - Agenzia per i servizi sanitari regionali (2006), “Ricoveri, personale e spesa delle aziende ospedaliere nel 2003”, in Monitor anno V num. 16.
- Busse, R., Tiemann, O., Schreyohh, J. e Stargardt, T. (2006), “Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries”, *Health Care Management Science, Volume 9, pp 215-223*.
- Crivelli, L., Filippini, M., Lunati, D. (2000) “Dimensione ottima degli ospedali in uno stato federale”, Quaderni della Facoltà di Scienze economiche dell'Università della Svizzera Italiana, Lugano.
- Di Loreto, P. e Spolaore P. (2004) “L'evoluzione del sistema nelle politiche regionali”, in Falcitelli, N. e Langiano, T. *a cura di* (2004) “Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni di DRG in Italia”, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies, anni vari), “Health Systems in Transition (Paesi Vari)”,
- Lozzi, M. (2008) “L'assistenza ospedaliera in Italia”, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza.
- Jommi, C. (2004) “Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche” EGEA, Milano.
- Hofmarcher, M.M., Oxley, H. e Rusticelli, E. (2007), “Improved Health System Performance through better Care Coordination”, OECD Health Working Papers, no. 30, OECD Publishing - doi:10.1787/246446201766
- McClellan, M. (1997), “Hospital reimbursement incentives: an empirical analysis”, *Journal of economics and management strategies*, 3, 1, pp. 93-112.
- Newhouse, J. (1990), “How much change in the case mix index is Drg creep?”, *Journal of health economics*, 9, 4, pp. 411-428.
- McKee, M. (2004), “Reducing hospitals beds”, European Observatory on Health Systems and Policies, *Policy Briefs* n. 6, 2004.
- OCSE (2000), “A System of Health Accounts” Versione 1.0.
- OCSE (2004), “SHA-BASED National Health Accounts in Thirteen OECD Countries a Comparative Analysis”, OECD Health Working Papers
- Orosz, E. e D. Morgan (2004), “SHA-BASED National Health Accounts in Thirteen OECD Countries a Comparative Analysis”, OECD Health Working Papers, no. 16, OECD Publishing- doi:10.1787/131855120122
- Schiavone, A. (2008) “L'efficienza tecnica degli ospedali pubblici Italia”, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza.

- Simoens, S., M. Villeneuve e J. Hurst (2005), "Tackling Nurse Shortages in OECD Countries", OECD Health Working Papers, no. 19, OECD Publishing. - doi:10.1787/172102620474
- Simoens, S. e J. Hurst (2006), "The Supply of Physician Services in OECD Countries", OECD Health Working Papers, no. 21, OECD Publishing. - doi:10.1787/608402211700
- WHO (2002), "Hospitals in a changing Europe", Open University Press.